

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIV

Agosto de 1957

N.º 2

Neste número:

Trabalhos originais:	Pág.
Carteira de identidade e Saúde— O ponto de vista médico — Dr. JOSÉ BENEDITO DE MORAES LIMA	107
Conceito de mortalidade em cirurgia — Dr. JAMES PARRINA MACHADO	121
Rochampton y su centro de readaptación para leproso en Inglaterra — Dr. ALBERTO CARRION VERRARA	127
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Pediatria	67
Sociedade Médica São Lucas	91
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	75
Vida Médica de São Paulo:	
Homenagem	79
Associação Paulista de Medicina	84
Academia de Medicina de São Paulo	87
Congressos e Cursos Médicos:	
IV Congresso da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões	88
Assuntos de Atualidade:	
Trabalhos médicos brasileiros	99
A responsabilidade da profissão médica no emprego dos Raios X e de outras radiações ionizantes	92
Literatura Médica:	
Livros recebidos	105
Apreciações	104

Editados pelo



Sanatório São Lucas

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUA, 50 — SÃO PAULO, BRASIL

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,90
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo



EDIFICIO SEDE EM MILÃO — AREA COSTRUITA 40.000 m²



Dr. RECORDATI

LABORATORIO FARMACOLOGICO S. p. A. — MILANO — CORREGGIO

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez	4.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez	3.500,00
1 página (12×19 cm) por vez	3.000,00
½ página (9×12 cm) por vez	1.600,00
¼ página (9×5,5 cm) por vez	900,00
Encarte por vez	2.500,00

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS
INTESTINAL PELO DERIVADO
FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Joaquim Távora, 550

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr \$ 200,00 — Estrang. US \$ 5,00 — Número avulso Cr \$ 20,00

VOL. LXXIV

AGOSTO DE 1957

N.º 2

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão de 16 de maio de 1957

Presidente: *Prof. Carlos Gama*

Problema da vacinação contra poliomielite. — Inicialmente, o prof. Carlos Gama ressaltou a importância médico-social da reunião, salientando que o Governo do Estado, tomará, ainda este ano, uma posição definida e definitiva na luta contra a poliomielite.

O dr. Aristides Valejo discorreu, em seguida, sobre os aspectos virológicos da vacina Salk. Recapitulou, inicialmente, as principais descobertas que tornaram possível a obtenção da vacina:

1) A doença, do ponto de vista imunológico, é produzida por três espécies de vírus, denominados I, II e III.

2) Existem três fases na poliomielite: fase entérica, fase hemática e fase nervosa. Se a evolução for interrompida nas duas primeiras, não haverá comprometimento do sistema nervoso.

3) Os vírus da poliomielite, que antigamente somente eram cultivados em macacos "rhesus", puderam, após

exaustivas pesquisas, ser cultivados em tecido renal. Obteve-se assim grandes quantidades de vírus, possibilitando estudos em larga escala.

4) Estudos imunológicos demonstraram que pequenas quantidades de anticorpos são suficientes para impedir a evolução da doença, evitando a passagem para a fase nervosa.

Essas verificações permitiram um extraordinário avanço na luta contra a poliomielite, culminando com a descoberta da vacina Salk.

Após discorrer sobre a técnica de preparo da vacina, o dr. Vallejo destacou dois fatos importantes: a sua elevada capacidade imunizante, caracterizada pelo rápido aparecimento de anticorpos e, pormenor fundamental, a absoluta segurança de emprego. Os 200 acidentes iniciais, já largamente explicados, nada representam se compararmos com mais de 15.000.000 de crianças vacinadas, em diversos países, sem acidentes. Analisou, também, o conceito atual de Salk sobre a imunidade da poliomielite: a vacinação ou a própria infecção, como que

"educam" o organismo, fazendo com que, nos posteriores contactos com os vírus, elaborem rapidamente anticorpos. Essa fabricação mais rápida impede que a doença atinja a terceira fase, isto é, o comprometimento do sistema nervoso.

Terminou a sua exposição salientando os três requisitos básicos da vacinação contra a poliomielite: 1) a vacina deve possuir elevado poder vacinante, para os três tipos de vírus; 2) o volume deve ser muito bem observado. Atualmente utiliza-se um centímetro cúbico; 3) deve haver repetição: duas doses iniciais, com pequeno intervalo e, em geral após 7 meses, uma nova dose. Essa medida consolida o aparecimento de anticorpos.

PONTO DE VISTA DO CLÍNICO

O segundo conferencista da noite foi o dr. Antônio B. Lefevre, que apresentou o ponto de vista do clínico. Baseou a sua exposição em seis quesitos, comumente formulados pelos pais e clientes.

1) A vacina Salk deve ser empregada? Presentemente, após a extraordinária experiência já acumulada, a resposta somente pode ser uma: a vacinação deve ser feita. O método de Salk confere, em média, 80 por cento de proteção. Trata-se de um resultado muito bom, perfeitamente comparável ao que se obtém com as demais vacinas. Além disso, está provado que age muito bem nas formas bulbares da poliomielite, que são as mais graves. Assim, verificou-se nos Estados Unidos, 22 casos de paralisia bulbar e apenas 3 no grupo submetido à vacina. Constatou-se também que as paralisias residuais nas crianças vacinadas foram muito menos graves do que as apresentadas pelas não vacinadas. Recapitulou ainda outros dados, todos comprovando a eficácia da vacinação Salk.

2) Há risco na vacinação? Os grandes riscos, devidos à falta de "controle" de certas partidas, já estão completamente superados, não mais existindo. As pequenas reações que se observam são as mesmas das demais vacinas: algumas vezes febre, outras vezes mal-estar, etc.

3) Quando deve ser feita a vacina? O plano no Brasil deve ser diferente do atualmente empregado nos Estados Unidos, uma vez que as características epidemiológicas são de outra ordem. A incidência maior no Brasil é nos três primeiros anos de vida. Portanto, a vacinação deve ser feita, preferentemente, nessa época da vida.

4) Quais as crianças que devem ser vacinadas? Na falta de métodos sorológicos, que permitam verificar se a criança já é imune à poliomielite, convém vacinar todas as crianças.

5) Existem contra-indicações da vacina Salk? Inicialmente julgava-se que não se devia empregar a vacina nas épocas de epidemia, como aconteceu na Argentina. Atualmente esta noção não mais prevalece, pelo contrário, aconselha-se a vacinação mesmo durante as epidemias, porquanto os anticorpos aparecem rapidamente, melhorando as condições epidemiológicas do surto. A única contra-indicação é a seguinte: não vacinar indivíduos na fase clínica pré-paralítica.

6) Qual a duração da imunidade conferida pela vacina? Ainda não está perfeitamente esclarecido esse fato, porém, as revacinações podem ser repetidas diversas vezes, mantendo a reatividade do indivíduo. Atualmente três doses são suficientes. O futuro, baseado nos milhões de crianças já vacinadas, dirá qual a melhor conduta.

EPIDEMIOLOGIA DA POLIOMIELITE

O prof. Ayrosa Galvão discorreu, em seguida, sobre os aspectos epidemiológicos da poliomielite, analisando sobretudo as suas características no Brasil.


Passou em revista alguns dados colhidos nos Estados Unidos, salientando que o estudo feito em 1954 e 1955 constitui a maior análise epidemiológica feita até hoje. Essa extraordinária observação de campo permitiu concluir, sem nenhuma dúvida, o valor da vacina, assim como a sua inocuidade.

Os estudos epidemiológicos feitos no Brasil mostram que 83 por cento




BETADOZE

Apresentação: Caixas com
2 ampólas de 2cc.



*Uma associação de
vitaminas do grupo B.*



VITAMINA B₁ — 100 mg.
VITAMINA B₆ — 50 mg.
VITAMINA B₁₂ — 1.000 mg.

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.
Rua Maria Paula, 136 — Tel. 33-4263 — Cx. Postal, 847 — São Paulo



dos casos de poliomielite se observa tanto na Capital como no Interior do Estado. Nos Estados Unidos e na Suécia o grupo mais atingido é o de 7 a 14 anos. O motivo dessa diferença reside na diversidade de condições sócio-econômicas. Antigamente, no início do século, a prevalência nesses países também era nas crianças de tenra idade. A melhoria das condições de vida, como água encanada, rede de esgotos etc., tornou mínimas as possibilidades de contágio antes dos sete anos, eclodindo, pelo contrário, na idade escolar. No Brasil, epidemiologicamente considerado "subdesenvolvido", a criança se contamina muito cedo, explicando assim a elevada incidência nos três primeiros anos de vida.

A vacinação em massa no Estado de São Paulo apresentaria dificuldades muito grandes. Inúmeras de ordem administrativa, porquanto deveriam ser vacinadas aproximadamente 1 500 000 crianças. Outras, talvez as principais, seriam de ordem psicológica: o nosso povo ainda não está devidamente preparado para um empreendimento dessa ordem. Aconselha o prof. Ayrosa Galvão que se faça inicialmente um estudo piloto, numa comunidade bem definida. Esse estudo permitiria uma previsão exata das exigências de ordem administrativa e também forneceria elementos seguros das reações do povo, possibilitando um planejamento adequado de outras medidas correlatas, como educação sanitária, campanhas de esclarecimento etc.

COMENTARIOS FINAIS

Encerrando os trabalhos, o dr. Renato P. Souza Carvalho destacou os pontos mais importantes do problema. A vacina Salk, no momento atual, constitui a única arma na luta

contra a poliomielite e deve ser empregada em nosso meio.

Lembrou, todavia, que as pesquisas prosseguem e, talvez, futuramente, outro método possa vir a ser empregado. Nesse sentido lembrou os trabalhos de Sabin e Koprowski, nos Estados Unidos, que utilizam as vacinas chamadas "vivas", isto é, vacinas com vírus vivos, porém, tornados avirulentos por técnicas especiais. Tais vacinas estão sendo estudadas com grande interesse e, ainda este ano, Sabin fará uma análise de campo, baseada em perto de 1 000 000 de crianças. A vacina "viva", se comprovada, apresentará duas grandes vantagens: pode ser ministrada por via oral (a de Salk somente pode ser injetada por via intramuscular) e é mais barata. Esses estudos somente estarão inteiramente esclarecidos dentro de alguns anos e, no momento, a palavra de ordem é utilizar a vacina Salk.

A vacinação em massa deve ser muito bem estudada, porquanto se deve ministrar, de acordo com os conhecimentos atuais, três doses. Portanto, calculando-se em 1 500 000 crianças no Estado de São Paulo, teríamos na realidade 4 500 000 de aplicações. Além disso, os estudos posteriores podem evidenciar a necessidade de mais de três aplicações, circunstância que complicaria sobremaneira o problema.

As provas sorológicas podem ser feitas em nosso meio, não exigindo grandes verbas e o pessoal técnico poderá ser preparado. Estas provas permitiriam determinar-se as crianças suscetíveis, reduzindo-se assim o número de vacinações. Esse inquérito poderia ser feito, inicialmente, num pequeno grupo, estatisticamente significativo, permitindo vislumbrar a extensão exata do problema em nosso meio.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

**associações
hormônicas**



ANDROGYNON

Cada ampola contém 25 mg de
propionato de testosterona e
1 mg de benzoato de estradiol
Em caixas com 2 ampolas

LUTEOVIRON

Cada ampola contém 25 mg de
propionato de testosterona e
10 mg de progesterona
Em caixas com 2 ampolas

PROMETRON

Cada ampola contém 12,5 mg
de progesterona e 2,5 mg de
benzoato de estradiol
Em caixas com 2 ampolas

TRIOGYNON

Cada ampola contém 25 mg de
propionato de testosterona,
25 mg de progesterona e 2,5
mg de benzoato de estradiol
Em caixas com 2 ampolas



Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 8 de agosto de 1955

Presidente: *Dr. Paulo G. Bressan*

Fístula biliaria posgastrectomia — Dr. José Saldanha Faria. O A. apresentou um caso de fístula biliaria posgastrectomia. A fistulografia do caso foi motivo de ampla discussão entre os presentes, bem como a conduta a seguir para corrigir o desperdício biliar.

Hérnia diafragmática — A seguir foram discutidas as radiografias de um caso de hérnia diafragmática. Resolveu-se completar o exame radiológico por um meio de novas provas.

Obstrução intestinal na anastomose gastro-jejunal precólica — Drs. Moacyr Boscardin, e outros. Passou-se depois à discussão em painel sobre as obstruções intestinais na anastomose gastro-jejunal precólica. Falou em primeiro lugar o Dr. Moacyr Boscardin sobre a anestesia nos obstruídos intestinais mostrando que se trata de um risco pobre.

A seguir falou o Dr. Jacyr Quadros sobre o quadro radiológico das obstruções altas. O Ddo. Teófilo Stamato Reiff lembrou os sinais das obstruções intestinais altas. O Dr. Ademar Albano Russi falou do choque neurogênico em relação a obstrução. O dr. Luiz Branco Ribeiro relatou casos de

obstrução posgastrectomia operados no Sanatório São Lucas. O primeiro deles foi de obstrução aguda posoperatória, verificando-se que a alça jejunal de anastomose antecólica havia aderido à parede anterior do ventre dando a obstrução. Outro caso era de câncer do estômago, em que a obstrução se deu quase dois meses depois da ressecção feita em outro Serviço, também por aderência da alça à parede anterior do abdome, havendo ainda a esse nível uma metastase estenosante do delgado.

O dr. Eurico Branco fez considerações sobre a fixação da alça delgada à parede abdominal seja espontaneamente, seja por meio de um ponto inadvertido ao se fechar o peritônio.

Os Drs. Ademar Albano Russi e Ferdinando Costa trataram da disseminação das células cancerosas pelo material de sutura. O Dr. José Saldanha Faria salientou o valor da sutura do peritônio à Sonnenleithner na prevenção das aderências. O dr. Moacyr Boscardin relatou um caso de obstrução do transversos pela aderência à boca anastomótica. O dr. Paulo G. Bressan referiu-se à técnica da anastomose do delgado, dando preferência à término-terminal.

Sessão de 22 de agosto de 1955

Presidente: *Dr. Paulo G. Bressan*

Câncer do colo — Dr. Waldemar Machado. O orador comunicou que representou o Sanatório São Lucas no curso feito na cadeira de ginecologia da Faculdade de Medicina e fez um relatório das finalidades visadas — a difusão da biópsia e da colposcopia, no intuito de surpreender o câncer do colo grau 0.

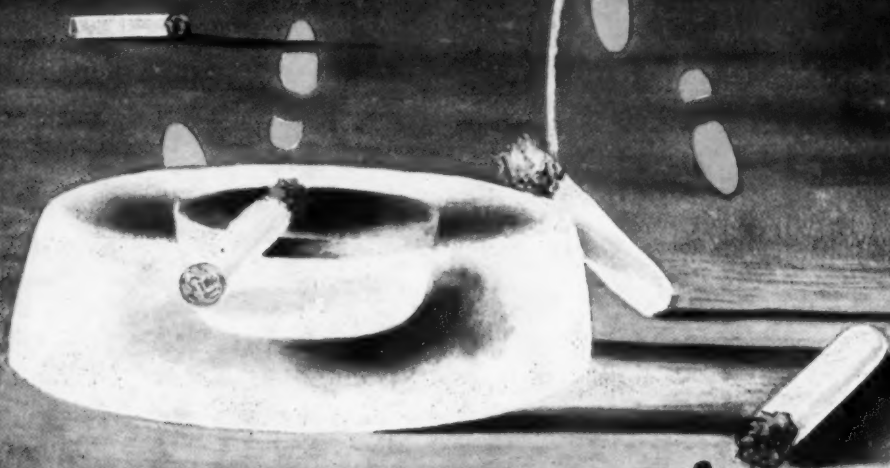
Recomendações aos doentes e aos visitantes — Dr. Paulo Rebocho. O A. apresentou o seu relatório sobre as recomendações a serem feitas aos

doentes e visitantes. Fez considerações sobre o que havia no Sanatório São Lucas e ao que o dr. Eurico Branco Ribeiro encontrou no Saint Luke's Hospital donde trouxe um folheto bastante interessante.

O assunto foi amplamente discutido, aprovando-se o texto apresentado.

Câncer primário do úterio — Dr. Ernesto Affonso de Carvalho. O A. apresentou um caso de câncer primário do úterio, que teve a oportunidade de apresentar. Relatou a his-

INSONIA



maracugina

maracugina

composta



Complexo estabilizado de plantas tipicamente brasileiras
 Extratos Fluidos de: Maracujá - Mulungú - Crataegus e Casemirã
 Sedativo do sistema nervoso nos estados decorrentes de excitação
 Proporciona um sono calmo e tranquilo, sem deprimir o organismo
 Calmante ideal para todas as idades

- * Sabor agradável
- * Não é tóxico
- * Não cria o hábito
- * Pode ser usado em altas doses

VIA ORAL — 3 colheres das de chá por dia
 Vidros de 150 cm³

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES CLÍNICOS
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

Rua São Luiz, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - São Paulo - Brasil

tória clínica, salientando que a paciente, já apendicetomizada e operada de anexos uterinos, tinha dores na fossa ilíaca direita, datando já de tempos. Apresentava ao toque ginecológico tumor duro do lado direito. Na intervenção, verificou-se tumor que invadia o paramétrio direito e que apresentava à punção líquido urinoso. Extirpado o tumor, foi feita urétero-sigmoidostomia e histerectomia sub-total. Carcinoma medular, com tendência a se tornar esquitroso, foi o diagnóstico histológico. Encontrou dois casos de câncer do ureter na literatura nacional. 260 casos foram até agora discutidos, segundo pôde ver na literatura mundial. O tumor é mais freqüente à direita e na porção terminal.

O dr. Ferdinando Costa fez apreciações sobre o caso, encarando o ponto de vista anátomo-patológico.

O dr. Ademar Albano Russi fez considerações sobre a nomenclatura dos tumores.

O dr. Moacyr Boscardin defendeu a indicação do Coffey no caso presente, o dr. Waldemar Machado acentuou o valor dos conhecimentos urológicos para a solução dos casos ginecológicos. O dr. José Saldanha Faria mostrou o valor do exame de urina.

O dr. Eurico Branco Ribeiro justificou a freqüência do câncer do ureter no 3.º inferior e a concomi-

tância da litíase urinária. O Dr. Ferdinando Costa discorreu sobre a nomenclatura dos tumores, assunto sobre o qual ainda falou o dr. Ernesto Affonso de Carvalho.

O dr. Ademar Russi relatou um caso em que se deu infecção por transfusões de sangue. Verificada a infecção a doente foi hibernada e recebeu terramicina. Estava melhorando e faleceu subitamente, apresentando sangue estéril no coração. E' o 1.º caso que observou em 6.200 transfusões. A hemocultura dera bacilo coli. Pensa ter sido dada a contaminação na sangria do doador.

O dr. Waldemar Machado fez considerações sobre a causa mortis.

O dr. João Kolb Filho referiu-se ao comprometimento do rim.

O dr. Ernesto de Carvalho falou sobre o fator sanguíneo Rh no caso em questão, discutindo a questão da mudança de positivo para negativo.

O dr. Gualberto Magalhães falou sobre contaminação do material, comprovadamente inexistente no caso em questão.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à bacilemia pelo coli, que deu base ao síndrome de Heitz Boyer e que foi exaltada por Vincent ou Besredka.

O dr. Saldanha Faria lembrou que o prof. dr. Matos Barreto, de Curitiba, defendeu tese sobre bacilemia coli.

Sessão de 5 de setembro de 1955

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Neto*

Regime de internato. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Inicialmente o orador referiu-se ao regime de internato e residência para médicos nos Estados Unidos. Expôs o que se faz naquele país, onde o médico não pode clinicar sem ter feito 2 a 4 anos de internato. Descreveu as obrigações dos internos e residentes no seu período de trabalho com 100 horas semanais de atividade. O assunto foi discutido pelos Drs. John Kolb Filho, Waldemar Machado e Paulo Rebocho, falando também o presidente dr. Nelson Rodrigues Neto.

A síndrome vascular do diabetes — angiopatia diabética — Dr. Paulo

Rebocho. O A. discorreu longamente sobre o assunto. Mostrou a importância do diabeta no momento presente. A retinopatia, a nefropatia, as lesões periféricas são manifestações locais da hoje chamada "Angiopatia diabética". A retinopatia diabética é característica e é a "pedra angular" da síndrome, por ser objetivada no exame clínico, classificável em 4 graus, segundo Scott coisa que orienta o clínico e o cirurgião. A glomerulo-esclerose diabética é específica do diabeta melitos. E' o Kimmelstiell-Wilson, síndrome que ocorreu no diabético-edema, hipercolesterinemia, hipoproteïnemia, hipertensão renal, etc. A doença coronária ma-

nifesta-se em 69% dos doentes com nefropatia diabética. Conclui no interesse prático da classificação da retinopatia diabética.

Discutiram o assunto os Drs. Cesário Tavares, Eurico Branco Ribeiro, Moacyr Boscardin e Nelson Rodrigues Neto.

Sessão de 19 de setembro de 1955

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Neto*

Panel discussion. — Dr. Cesário Tavares. O orador falou sobre a expressão *panel discussion*. Indagou inicialmente como o Dr. Eurico Branco Ribeiro viu se fazerem nos Estados Unidos as discussões em "panel". Depois de ouvida a resposta, expôs a significação da palavra no inglês e a sua aplicação em medicina, informando que já na Inglaterra existe o "panel doctor" e o "panel paciente".

O Dr. Jacyr Quadros lembrou traduzir por "discussão anônima", uma vez que as perguntas geralmente são feitas por escrito sem assinatura.

O Dr. Waldemar Machado também verificou que as perguntas são feitas sem designação do autor.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou "discussão panorâmica", dada a amplitude que se quer dar a apresentação do assunto.

O Dr. Dionysio Klobosutsky sugeriu a expressão "colóquio".

Resolveu o presidente que o assunto permanecesse em discussão.

Fitobezoar. — O Dr. Jacyr Quadros apresentou dois casos de fitobezoar, o primeiro dos quais tendo lembrado linfossarcoma só um dos clínicos tendo opinado por bezoar. Descreveu o aspecto radiológico e mostrou as chapas relativas aos 2 casos. A parte clínica foi apresentada pelo Dr. Paulo Caldas, que iniciou com o histórico, lembrando que desde o século XII

era conhecido. Discutiu a origem da palavra bezoar, sendo que na Pérsia existe a cabra bezoar, dando o bezoar oriental, enquanto que o bezoar ocidental vem da vicunha. Baudamant encontrou o primeiro bezoar no homem, em autópsia, em 1779. A sintomatologia foi exposta com minúcia e os dados clínicos dos dois casos foram apresentados; em ambos se tratava de grande tumor, tomando não só todo o estômago, mas em um deles invadindo todo o duodeno e início do jejuno. Em ambos havia úlcera gástrica e em ambos se fez a abertura do estômago para a retirada do corpo estranho, sendo que no 2.^a caso também se fez a jejunostomia. Bezoar, no Oriente significa antídoto, pois os retirados dos animais eram usados para fins medicamentosos pelos curandeiros.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro fez considerações sobre a conduta cirúrgica e sobre o bezoar do intestino delgado.

Impressões de viagem aos Estados Unidos. — O Dr. Moacyr Boscardin leu as impressões de viagem escritas pelo Dr. João Dias Aires, de Londrina, que recentemente regressou dos Estados Unidos. O Autor aprecia instituições e hospitais das cidades que visitou e os congressos médicos a que assistiu. Descreveu alguns atos operatórios que observou.

Sessão de 7 de outubro de 1955

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Neto*

Histerectomia vaginal. — Dr. Waldemar Machado. Inicialmente o A. apresentou um filme de histerectomia vaginal em um caso de prolapso ute-

rino. Fizeram considerações sobre a filmagem os Drs. Paulo Rebocho e Eurico Branco Ribeiro e sobre a técnica o Dr. Nelson Rodrigues Neto.

Apresentação de médico estagiário.

— O presidente salientou a presença do dr. Manuel Sanches, médico peruano que se acha estagiando no Sanatório São Lucas.

Hidronefrose gigante. — Dr. Emil Elias Sader. O A. apresentou um caso de hidronefrose gigante esquerda, em menina sadia. Referiu que o tumor fora diagnosticado de natureza maligna por vários médicos. Era um tumor líquido tomando quase todo o abdome. O urograma elucidou o diagnóstico, mostrando tratar-se de uma hidronefrose. O diagnóstico diferencial dessa entidade foi explanado e os vários sintomas discutidos.

Em continuação o dr. Ferdinando Costa discutiu o caso do ponto de vista anátomo-patológico, salientando a atrofia do parênquima, não havendo falência completa do funcionamento do rim.

Na discussão, o dr. Moacyr Boscardin referiu-se à cirurgia conservadora da hidronefrose.


O dr. Manuel Sanches tratou da função renal alterada.

O dr. Nelson Rodrigues Neto, o dr. Ademar Albano Russi e Eurico Branco Ribeiro fizeram considerações e o dr. Emil citou a discussão entre os autores sobre o valor do vaso aberrante e da estenose na etiologia do processo.


Anotações de viagens. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou anotações sobre a sua viagem aos Estados Unidos, fazendo considerações sobre o que viu em congressos e hospitais.

Funções de academico. — A seguir o dr. Eurico Branco Ribeiro leu as disposições contidas no Diário Oficial do Estado sobre as funções do acadêmico auxiliar da Medicina.

Em cada vidro de
Instalante Yatropan
um Funil-Instalante



LABORATORIO
FARMACIA R. BROWN, S. 942-426
TELEFONE 3-5144 - Bate Simas



YATROPAN
FARM. A. C. BORGES
SÃO PAULO

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, Vol. XIX, n.º 1-6, janeiro-dezembro de 1956. Contribuição para o estudo das vias de drenagem linfática da mama para os linfônodos esternais — Saturnino Cintra Franco; Associação da prostigmina e pitressin na profilaxia da distensão intestinal pós-operatória predominantemente reflexa e inibitória — J. M. Lana; Contribuição para o tratamento do aborto habitual — Dr. Hideo Takita; Sobre um caso de ferimento das veias porta e cava inferior, com comprometimento do duodeno — Dr. Waldomiro de Paula. Dr. José Carlos da Rosa, Ac. David Michalewicz; Ac. Euclides F. Marquez.

Arquivos Médicos Municipais, Vol. VIII, n. 3 e 4, julho e dezembro de 1956. Pênfigo foliáceo — Ulysses Lemos Torres.

Caderno de Terapêutico, Vol. IV, n.º 1, maio de 1957. Oxigenoterapia — Dr. Reynaldo Paschoal Russo; Cirurgia — Prof. Mário Degni; Dermatologia — Sifilografia — Dr. Luiz Marino Bechelli; Ginecologia e Obstetrícia — Dr. Franz Muller; Hematologia — Dr. Michel Abu Jamra; Neurologia — Dr. Roberto Melaragno Filho; Oftalmologia — Dr. Paulo Braga Magalhães; Otorrinolaringologia — Dr. Antônio Corrêa; Pediatria — Dr. Guilherme Mattar; Urologia — Dr. Eduardo da Costa Manso.

Pediatria Prática, Vol. XXVIII, fasc. 4, abril de 1957. Eritroleucemia — Ladeira Marques, Aparecida Garcia e Cerqueira Lima; Membrana Hialina Pulmonar — José Araújo e Dorina Barbieri; Espetáculos para crianças e Higiene Mental — Joy Arruda.

Publicações Médicas, Ano XXVIII, n.º 197. Clorpromazina em cirurgia otorrinolaringológica, especialmente em amigdalectomias de adultos: Adelman Sousa Leão; Leishmaniose visceral

no Ceará. Sintomas observados em 174 casos — Joaquim Eduardo de Alencar e Tomaz Corrêa Aragão; Abscesso hepático — Nilson de Sousa e J. Coelho Filho; A clorpromazina no tratamento do lichen ruber planus — G. G. Tinozzi; O ampictil em casos de insolação ou intermação — Alexandre Canalini.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXVI, n.º 3/4, março-abril de 1957. Walter A. Keitzer — Tratamento da uremia aguda; A. de Lyra Cavalcanti — As vitaminas em neuropsiquiatria; Marcantônio Gueli — O emprego da foliculina em solução aquosa para inibir a lactação; Hemoglobinoze; Tratamento médico da úlcera gástrica.

Revista da Associação Médica Brasileira, Vol. 3, n.º 1, maio de 1957. Possibilidade e conveniência da "Hidratação" em Cirurgia — E. L. Mauro; Meios diagnósticos nas disfunções da glândula tireóide — D. de Albuquerque, A. A. Guimarães e R. N. Esteves; Estudo crítico da angiografia renal — A. Sadi, A. Bobrow e A. Maluli; Tratamento cirúrgico das lesões da válvula mitral em 208 casos — E. J. Zerbini, P. Curti, L. Prata, H. Fellipozzi, R. Margutti e C. Galucci; O gluconato de anti-mônio-III e sódio no tratamento da esquistossomíase mansônica — J. R. da Silva e C. B. Dias; O fenômeno de Sanarelli-Schwartzman-F. W. Eichbaum; Estudo clínico do câncer da região jugal — J. F. Barbosa, J. de Andrade Sobrinho e J. R. G. A. Falcão; Relaxação do cardíaco em lactentes (Calasia Cardíaco-esofágica de Nauhauser) — N. Gonçalves, F. Silveira e A. E. Vieira; Fístula uretroretal congênita — A. Sadi, E. de Oliveira, S. Goldenberg, R. Didio, O. Kafekjian e N. de Oliveira Neto; Iododerma Bolhoso e hemorrágico e acne iódica — G. V. Curban e E. Tsuzuki.

ALGIAS REBELDES

AMPLICITIL

Largactil — 4560 RP — Clorpromazina



ALGIAS CANCEROSAS
ALGIAS PÓS-ZOSTERIANAS
ALGIAS DIFUSAS PÓS-TRAUMÁTICAS
ALGIAS FACIAIS OU CRANIANAS
DORES DE ÚLCERA GASTRODUODENAL
FORMAS HIPERÁLGICAS DO ENFARTE DO MIOCÁRDIO



APRESENTAÇÕES

AMPLICITIL

Frascos de 30 e de 250 comprimidos a 25 mg
Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm³ a 50 mg, para uso intravenoso
Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ a 25 mg, para uso intramuscular

AMPLICITIL-GOTAS

Frasco de 10 cm³ de solução a 4 %

AMPLICITIL-PSIQUIÁTRICO

Frasco de 125 comprimidos a 100 mg

A clorpromazina — descoberta original de Rhône-Poulenc Spécia — é apresentada em vários países sob marcas registradas diferentes, a saber:

AMPLIACTIL, na Argentina
AMPLICITIL, no Brasil
HEBANIL, na Noruega
HIBERNAL, na Suécia
LARGACTIL, na França
MEGAPHEN, na Alemanha
THORAZINE, nos Estados Unidos da América
WINTERMIN, no Japão



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

Revista Brasileira de Leprologia, Vol. 25, n.º 1, janeiro-março de 1957. Nelson Souza Campos e Paulo Rath de Souza — Estados reacionais na lepra. Reação leprótica. Reação leprótica tuberculóide (Reativação tuberculóide). Lepra tuberculóide reacional. Lesões limitantes; Luiz Mariano Bechelli, Paulo Rath de Souza e Reinaldo Quagliato — Correlação entre os resultados da leitura clínica e do exame histopatológico da reação de Mitsuda; Reinaldo Quagliato — Lepra conjugal. Estudo epidemiológico dos casos observados no Dispensário do D. P. L. em Campinas, S. P. (1934-1954).

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVII, n.º 3, março de 1957. Estudo de derivações diafragmáticas justacardíacas. Análise dos primeiros registros — Dr. Ennio Barbato

Revista Paulista de Hospitais, Vol. V, n.º 5, maio de 1957. Influência de Portugal no sistema hospitalar brasileiro — Dr. Ernesto de Souza Campos; Atividades de Higiene Escolar numa Unidade Sanitária — Dr. Paulo Carvalho Castro; Santa Casa de Misericórdia de Santos — Brás Cubas: Um médico da Santa Casa de Santos — Dr. Hugo Santos Silva; O hospital da Irmandade da Santa Casa de Santos — Dr. Emílio Navajas Filho; O hospital da Santa Casa de Misericórdia de Santos — Dr. Ismael de Souza — Dr. Odair Pacheco Pedroso; O compromisso de 1551; X Congresso Internacional de Hospitais —

Portugal — Saudação da Associação Paulista de Hospitais — Dr. Guedes de Melo Filho; Programa aprovado pela Comissão Organizadora de Portugal; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Clínica Ortopédica e traumatológica do hospital das Clínicas — Dra. Lourdes de Freitas Carvalho; a "Mãe do Ano" de 1957 e o Hospital da Cruzada Pró-Infância — Memorial — Dr. Rino Levi — Roberto Cerqueira Cesar — Dr. Odair P. Pedroso; Assistência espiritual aos hospitais — Pe. J. Afonso de Moraes e Passos; História da Medicina no Brasil — Dr. Lycurgo Santos Filho.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 50, n.º 4, abril de 1957. Dados preliminares sobre as gastroduodenectomias parciais de gastroduodenoanastomose (Billroth I) — Eurico da Silva Bastos, Fábio Schmidt Goffi e Ruy Frota. Teratomas do mediastino — E. J. Zerbini, Primo Curti, Maria Luisa M. Tavares de Lima e Carlos Zamot; Identificação anatômica dos gânglios do tronco simpático lombar. Seu valor clínico-cirúrgico — Jesus Pan Chacor; Cirurgia geral em portadores de tuberculose pulmonar. Considerações sobre 59 casos — Bindo Guida Filho e Reimero S. Carvalho Filho; Cateterismo da aorta na atresia da válvula tricúspide — Marcos Fábio Lion, Ulisses de Andrade e Silva, Egas Armelin e Carlos de Britto Pereira. Aparelho coletor de material por aspiração — José A. de Arruda Botelho e Walter A. Marchi.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Homenagem

Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho. — Por ocasião do transcurso do 37.º aniversário do falecimento do Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho foi prestada significativa homenagem à memória do ilustre organizador e primeiro diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A reunião que foi realizada nos jardins da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo, e presidida pelo prof. Aguiar Pupo, diretor da Faculdade de Medicina e contou com a presença de professores, docentes-livres, médicos, alunos e funcionários da Faculdade, parentes, admiradores do eminente cirurgião e cientista patricio. Fizeram-se representar as seguintes entidades médicas: Academia de Medicina de São Paulo,

Valiosa
fórmula farmacêutica
de um eficiente antibiótico
e amplo espectro.



ACROMICINA

Cloridrato de Tetraciclina HCl Lederle

INTRAMUSCULAR

- Fácil administração
- Concentrações sanguíneas eficazes
- Reação terapêutica imediata
- Efeitos secundários desprezíveis
- Rápido controle da infecção



LEDERLE LABORATORIES DIVISION
Cyanamid Inter American Corporation
49 West 49th Street, New York, 20, N. Y.

* Marca Registrada

LABORATÓRIOS LEDERLE DO BRASIL S. A.

Rio - Rua 1.º de Março, 9 — São Paulo - Rua Lavapés, 326

pelo dr. Mário Ramos de Oliveira; Policlínica de São Paulo, pelo dr. James Ferraz Alvim; Instituto "Arnaldo Vieira de Carvalho", pelo dr. Oswaldo Portugal; Corpo Clínico da Santa Casa e 1.^a Clínica Cirúrgica de Mulheres, pelo dr. Pedro Ayres Netto; Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia, pelo prof. Cândido de Moura Campos.

PREITO DE SAUDADE

Inicialmente, falou o prof. Hilário Veiga de Carvalho, em nome da Congregação da Faculdade de Medicina, proferindo a seguinte oração:

"Reunimo-nos, em volta desta herma, para uma romagem de saudade e de reconhecimento.

Reconhecimento perene pelos grandes feitos que, uma vez consubstanciados pelo gênio do dr. Arnaldo, mantém-se, tempos afora, como a árvore que, tanto mais idosa se torna, mais robustecido tem o seu tronco e mais remansosa a calma que abriga sob a sua rama.

E saudade aqui nos reúne porque, ao conhecermos e reconhecermos os altos méritos do inclito varão que foi e sempre será para nós o dr. Arnaldo, sentimos a falta de sua presença física, ao timão desta grande nau na procelosa lide dos dias turvos que vivemos.

Esta herma reúne, em torno a si, todos os anos, um punhado de servos fiéis desta Escola: os trezentos de Gedeão, que lutam, que avançam, que vencem. E que aqui, junto à imagem do seu patrono, vêm retemperar as suas forças e buscar nova inspiração para as redobradas porfias que nos aguardam amanhã — e de amanhã para sempre.

Crio sermos, sim, uma planta, bem enraizada pelo excelente hortelão, teimosa na sua ânsia de viver e de crescer, que o ano todo elabora a seiva e a espalha, e se dicotomiza e se derrama — e que uma vez por ano, como fruto e acme da sua vida, floresce, e aqui vem trazer exatamente as corolas desabrochadas da sua homenagem.

Somos um punhado apenas — mas é, certamente, no pequeno "bouquet" de violetas que mais e melhor se expressa o amor!

Não tive a ventura de conhecer pessoalmente o dr. Arnaldo. Já sou de geração científica posterior. Mas vejo-o, bem nitidamente, como uma dessas extraordinárias figuras de gigante, cuja sombra, com o decair dos tempos que se vão, maior, sempre mais longa, indo mais longe sempre, se projeta, assombrando-nos pela riqueza da sua estrutura, pela magestade da sua estatura ímpar.

Não fui contemporâneo do dr. Arnaldo: mas a evidência da sua obra traduz-nos a envergadura do egrégio Fundador desta Faculdade. Aquela Escola que se albergou modesta, quase obscuramente, no n.º 42 da rua Brigadeiro Tobias, é hoje este imenso, incomensurável patrimônio de cultura e de progresso científico, encontrado na sua sofreguidão de avançar, sempre à frente, desmedidamente avante de todas as demais do Continente e de muitas terras pelo mundo além. Até já dando filhas promissoras! E eu, que não privei com o dr. Arnaldo, sem embargo, identifico, em todo este labor magnífico, de preciosidades materiais e intelectuais, a impressão indissolúvel e indestrutível do dedo indicador imperativo que nos mostrou o caminho — "ex digito gigas!"

E por isso, para as gerações passadas, suas coevas, como para as atuais, como para todo o sempre, essa Escola será apenas isto, tudo isto: a Casa de Arnaldo!

E nós que aqui mourejamos, colhendo glórias e benesses sabemos ter, inda que em falar humilde, baixo e rude, o louvor acabado da nossa mais rendido homenagem e gratidão.

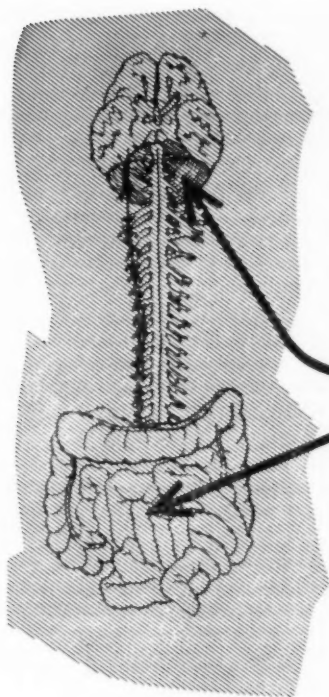
Ave, dr. Arnaldo!"

A CARREIRA DO SAUDOSO CIENTISTA

O dr. Mário Ramos de Oliveira, presidente da Academia de Medicina de São Paulo, foi o orador seguinte, tendo pronunciado o seguinte discurso:

"No preito de saudade que no aniversário da morte de Arnaldo Vieira de Carvalho se presta, tradicionalmente em 5 de junho, ao organizador e primeiro diretor da Faculdade de

no espasmo visceral



NABLAN

(Alcalóides da Beladona e Fenobarbital Squibb)

proporciona terapêutica antispasmódica completa, em virtude de sua dupla ação

moderada sedação psíquica

relaxamento somático

NABLAN geralmente domina, dentro de 24 a 27 horas, o espasmo visceral doloroso, decorrente de distúrbios orgânicos^{1, 2} ou de fatores psíquicos. De acordo com Kilstein,¹ entre as várias formas de espasmo tratadas com NABLAN, encontram-se os da úlcera péptica, cólon irritável, constipação espástica, colecistite crônica e a cólica biliar. Quando administrado nas doses recomendadas, NABLAN é, geralmente, atóxico.

Cada comprimido de NABLAN ou cada 5 cm³ (1 colher de chá) do elixir contém os seguintes componentes de ação sinérgica:

Sulfato de hiosciamina.	0,1 mg
Sulfato de atropina....	0,02 mg
Bromidrato de escopolamina	0,006 mg
Fenobarbital.....	16 mg

Apresentação: Comprimidos - frascos de 25. Elixir - frascos de 120 cm³.

1. Kilstein, R. I.: Rev. Gastroenterol. 14:171 1947. 2. Morrissey, J. H.: Urol. 57:635, 1947.

SQUIBB

'NABLAN' É UM NOME REGISTRADO

Medicina de São Paulo, a Academia de Medicina de São Paulo se associa para reverenciar o nome de um de seus sustentáculos na fundação, e, apóio na projeção científica e social.

Com efeito, teve a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, hoje Academia de Medicina de São Paulo, em Arnaldo Vieira de Carvalho um de seus sócios fundadores, um de seus primeiros presidentes, bem como um dos seus valores exponenciais, dêle tendo recebido sempre o melhor carinho, tôda a dedicação e a influência de seu prestígio. Por isso, a Sociedade de Medicina e Cirurgia que o acompanhou de perto em tôdas as suas realizações, por tradição se faz representar nestas reuniões de homenagem, saudade e respeito à sua memória.

A oportunidade permite que um elemento da nova geração estude as suas obras e bem compreenda a sua personalidade pelas reações e lembranças dos que viveram ao seu lado. De sua pessoa física, pessoalmente conheço três bustos, dois de bronze, êste da Faculdade de Medicina e o da Santa Casa, e um de mármore que foi enviado para Chicago para o hall da Fama de cirurgiões eméritos de todo o mundo, no Colégio Internacional de Cirurgiões; conheço também duas pinturas a óleo, a do salão da diretoria Acadêmica de Medicina de São Paulo e a da diretoria da Faculdade de Medicina. Por tôdas essas obras, feitas por artistas diferentes sobressaem os traços bondosos mas enérgicos, transparecendo a austeridade do pai desta Faculdade. Nas pinturas a óleo referidas, os olhos verdes e o cavanhaque castanho completam os traços assinalados, irradiando simpatia e infundindo respeito, que ao que dizem os que tiveram a ventura de conhecê-lo pessoalmente, era um traço marcante de sua personalidade.

Para a nova geração, que representa nesta oportunidade, Arnaldo Vieira de Carvalho permaneceu e permanece como um símbolo de firmeza e devoção, às empresas a que prestou o seu concurso e grande atividade, sendo um predestinado ao sucesso. Assim foi com a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde como diretor clínico remodelou-a, in-

troduzindo-lhe reformas substanciais; assim como foi a Sociedade de Medicina, hoje Academia de Medicina de São Paulo, que em 1895, ressurgia após o malôgro de duas antecessoras; assim foi com a Faculdade de Medicina de São Paulo fundada em 1912, após 21 anos da criação da "Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de São Paulo" pela lei Américo Brasiliense e que não chegou a ser instalada; assim foi, finalmente, na criação e instalação do Instituto do Radium que, após a sua morte, recebeu o seu nome.

Na Santa Casa de Misericórdia desenvolveu uma longa atividade, reformou-a e adaptou-a para a era pasteuriana, aplicando logo os ensinamentos de Lister. Como cirurgião se impôs não só no nosso meio. Teve projeção nacional, como se viu nas homenagens póstumas que lhe foram prestadas na Academia Nacional de Medicina e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Na longa lista de trabalhos que publicou distingue-se o carinho com que estudava as laparotomias onde houve um acervo acima de mil e a realização de um caso de gastrectomia total publicado em 1900, considerado e comentado pela revista *Lancet* como o quinto caso da literatura mundial.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, fundada em 1895, e que ressurgia para suceder a "Associação Médica da Província" e a "Sociedade Médico-Cirúrgica" de 1888, que teve a duração efêmera de dois anos e desapareceu pelas divergências dos sócios e pela falta de sessões, teve em Arnaldo, Luís Pereira Barreto, Carlos Botelho e outros, lidadores que a fizeram prosperar e marcar o seu brilhante futuro. Tão grande foi a sua dedicação, o amparo e prestígio social que dedicou Arnaldo à nossa Academia que, por aclamação, foi elevado mais tarde ao cargo de vice-presidente honorário, ao lado de seu mestre e amigo Luís Pereira Barreto.

A Faculdade de Medicina de São Paulo, uma vez criada, foi entregue, como nos informa o prof. Flaminio Favero, "ao homem providencialmente talhado para o feito gigantesco que o haveria de imortalizar, cobrindo de

glórias a ciência médica brasileira". É o próprio prof. Flaminio que relata um fato que bem demonstra o caráter, a firmeza e a noção do cumprimento do dever, evidentemente em todas as obras de Arnaldo Vieira de Carvalho: "logo que encetou suas atividades viu-se a jovem casa de ensino (a Faculdade de Medicina) sacudida por um tufão de indisciplina que lhe pôs em risco o futuro. Arnaldo percebeu o perigo, e daí o alcance de uma decisão enérgica e exemplar. Era o cirurgião eminente empunhando o escalpo frio e seguro. Implacável na sua justiça, suspendeu por um ano um terço dos alunos, todos os que achou que lhe ameaçavam a estabilidade do templo de suas melhores oblações. E este se salvou".

Entre as inúmeras homenagens que foram prestadas a Arnaldo, publicou a nossa Academia o número especial editado em sua memória, um ano após o seu falecimento, e nele, está publicado o discurso (encontrado entre seus papéis) com que pretendia agradecer as homenagens que lhe iam ser feitas pela Faculdade de Medicina, e que não o foram em consequência de seu passamento. Dêse formoso discurso sobressaem a modéstia e a sinceridade do prof. Arnaldo ao dirigir-se aos seus pares na Congregação da Faculdade de Medicina historiando as lutas e labores por que passou ao fundar e instalar a Faculdade. No fim, referindo-se aos elementos das futuras gerações que um dia viessem a citá-lo dizia que a única recompensa que almejava era esta: "que tinha sido um homem

feliz porque teve a honra de zelar o templo esplêndido levantado à ciência". Dizia ainda Arnaldo, com ufania, que melhor do que ele ninguém faria as indicações dos nomes dos primeiros professores que foram o sustentáculo da Faculdade. E que ele tinha razão temos nós agora a prova aos 38 anos de sua fundação, em 1951, quando a Faculdade recebeu o maior prêmio a que poderia aspirar, ao ser reconhecida pela "American Medical Association" como escola de alto padrão de ensino, em condições semelhantes às melhores do mundo.

Agora, passados quarenta e quatro anos, podemos repetir o término da notícia de um jornal da época "O Comércio de São Paulo" de 8-1-1913, ao comentar o acerto da escolha do governo da pessoa do dr. Arnaldo Vieira de Carvalho para diretor e organizador da Faculdade de Medicina de São Paulo. Era a frase feita e oportuna: "he was the right man in the right place". Realmente, foi o homem certo para o cargo. E não só nela foi decisiva a sua influência. O homem predestinado ao sucesso foi realmente um benfeitor, legando-nos obras que o imortalizaram e que ainda continuam a serviço do bem comum — a Faculdade, a Santa Casa, o Instituto do Radium e a Academia de Medicina de São Paulo".

O acadêmico Mário Maia Coutinho falou, em seguida, em nome do corpo discente da Faculdade. Finalmente, o prof. Aguiar Pupo, encerrando as homenagens prestadas à memória do fundador da Faculdade, pediu um minuto de silêncio.

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

Associação Paulista de Medicina

Diretoria (1957-1958)

Presidente: *Darcy Villela Itiberé*; Vice-presidente: *Waldemar Pessoa* (Ribeirão Preto); Secretário Geral: *Sebastião A. Prado Sampaio*; 1.º Secretário: *Edison de Oliveira*; 2.º Secretário: *Eça Pires de Mesquita*; 1.º Tesoureiro: *Oscar de Figueiredo Barreto*; 2.º Tesoureiro: *Argos Melles*.

COMISSÕES PERMANENTES

(1957-1958)

CIENTÍFICA

Arthur D. Pinto (Santos) (Presidente); Ary Lopes de Almeida; Nairo França Trench; Octavio Ribeiro Ratto.

DEFESA DA CLASSE

Luiz Edgard Puech Leão (Presidente); Antônio José Gebara; Iba-

nez de Carvalho; Joaquim da Costa Marques.

RELAÇÕES PÚBLICAS

José Francisco S. Araújo (Presidente); Edwin Benedito Montenegro; João Alfredo Caetano da Silva Júnior; Oscar Pereira de Araújo.

ELEITORAL

José Salustiano Filho (Presidente); Alfredo Pacheco Júnior; Marcos Cabeca; Paulo Schmidt Goffi.

FINANÇAS

Quirino Ferreira Neto (Campinas); Abrahão Brickmann; Humberto Ceruti; Raul Guedes de Melo (Campinas).

DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA

Presidente: *Alcides Ribeiro de Abreu*; Vice-presidente: *Roberto Melaragno Filho*; Diretor Administrativo: *Manoel de Paiva Ramos*; 1.º Secretário: *Reinaldo Figueiredo*; 2.º Secretário: *Oswaldo Monteiro de Barros*; 1.º Tesoureiro: *Vicente Grieco*; 2.º Tesoureiro: *João Amorim*.

CONSELHO DELIBERATIVO

Honório Dias Soares, Eurico da Silva Bastos, Jarbas Barbosa de Barros, José Reinaldo Marcondes, Manoel Nogueira Soares (Sorocaba); Alberto Aulicino (Santos); Rafael Mauro

(Jundiaí); Jefferson Gonzaga (Santo André); Roberto Rocha Brito (Campinas); René de Lima Yazaki; Fernando Teixeira Mendes, Antônio Carlos Pacheco Silva, Feliciano Bicudo Neto.

CONSELHO FISCAL

EFEITIVOS

Alberto Francia Martins, Mário Seraphico de Assis Carvalho, Alberto Nupieri.

SUPLENTES

Lauro de Barros Abreu, Antônio Eugênio Longo, Júlio Croce.

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS (1957)

ANESTESIOLOGIA

Presidente: *Orlando S. Montenegro*; 1.º Secretário: *Antônio P. Vicente Cirenza*; 2.º Secretário: *Carlos Vita Lacerda Abreu*.

CANCEROLOGIA

Presidente: *Renato R. de Araújo Cintra*; 1.º Secretário: *José B. da Silva Neto*; 2.º Secretário: *Jesus Carlos Machado*.

*Prolongue a
alegria e a
vitalidade da
juventude com*



SENECTON

Complemento nutritivo, polivitamínico
e hormonal, estimulante neuro-psíquico
moderado, especialmente indicado em
Geriatrics

Indústrias Farmacêuticas



Fontoura-Wyeth S.A.

"Tradição e Qualidade a Serviço da Prática Médica"

Nos Estados Unidos: **Wyeth Laboratories Inc.-Philadelphia**
No Brasil: **Ind. Farm. Fontoura Wyeth S. A.-São Paulo**

CIRURGIA

Presidente: *Fábio Schmidt Goffi*;
1.º Secretário: *Alfredo Abrão*; 2.º
Secretário: *Pedro A. V. Azevedo*.

DERMATOLOGIA e SIFILOGRAFIA

Presidente: *Mário Fonzari*; 1.º Se-
cretário: *Cyro de Campos A. Pereira*,
2.º Secretário: *José Aranha Campos*.

GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA

Presidente: *Alvaro Guimarães Filho*;
1.º Secretário: *Cyro Ciari Júnior*;
2.º Secretário: *Cactano Giordano*.

HEMATOLOGIA e HEMOTERAPIA

Presidente: *Ruy Barbosa de Faria*;
1.º Secretário: *Victório Maspes*; 2.º
Secretário: *Linda Nahas*.

HIGIENE e MEDICINA TROPICAL

Presidente: *Luiz Rey*; 1.º Secre-
tário: *José Maria Ferreira*; 2.º Se-
cretário: *Ary Walter Schmid*.

MEDICINA

Presidente: *Gildo Del Negro*; 1.º
Secretário: *Adolfo Barcellini*; 2.º
Secretário: *Lício Marques de Assis*.

MEDICINA DO TRABALHO

Presidente: *Bernardo Bedrikow*; 1.º
Secretário: *Mário Ferreira Braz*; 2.º
Secretário: *Miguel Palis Neto*.

NEURO-PSIQUIATRIA

Presidente: *Rolando Angelo Tenu-
to*; 1.º Secretário: *Stanislau Krinsky*;
2.º Secretário: *Paulo M. Albernaz
Filho*.

OPTALMOLOGIA

Presidente: *José Luiz Lemos da
Silva*; 1.º Secretário: *Antônio Santiago
Malta*; 2.º Secretário: *José Belmiro
C. Moreira*.

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Presidente: *Emílio Navares Filho*;
1.º Secretário: *Lauro Barros Abreu*;
2.º Secretário: *Pedro Alberto Moraes
Silva*.

OTORRINOLARINGOLOGIA

Presidente: *Silvio Marone*; 1.º Se-
cretário: *Alexandre Medicis Silveira*;
2.º Secretário: *Jorge Barreto Prado*.

PATOLOGIA

Presidente: *Celeste Fava Neto*; 1.º
Secretário: *Lúcio P. de Carvalho
Lima*; 2.º Secretário: *José Lopes de
Faria*.

PEDIATRIA

Presidente: *Nuno de Paiva Braga*;
1.º Secretário: *Ondina Rosenberg*;
2.º Secretário: *Rubens Blasi*.

PROCTOLOGIA

Presidente: *Haroldo de Azevedo
Sodré*; 1.º Secretário: *José Thiago
Pontes*; 2.º Secretário: *Felipe José
Figliolini*.

RADIOLOGIA e ELETRICIDADE MÉDICA

Presidente: *Antônio C. C. Jun-
queira*; 1.º Secretário: *Jacyr Quadros*;
2.º Secretário: *Rubens Setti*.

TISIOLOGIA e MOLÉSTIAS PULMONARES

Presidente: *Sylvio Lemos do Ama-
val*; 1.º Secretário: *Archibaldo Paula
Farnesi*; 2.º Secretário: *Bruno Quilici*.

UROLOGIA

Presidente: *Eduardo da Costa Man-
so*; 1.º Secretário: *Oswaldo Arruda
Macedo*; 2.º Secretário: *Alvaro M.
Figueiredo Filho*.

RUBROMALT

Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.



INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

Academia de Medicina de São Paulo

Novo membro honorário

Prof. Maurício de Medeiros — A convite da Academia de Medicina de São Paulo, por intermédio da sua Seção de Medicina Social, chegou no dia 4 de junho do corrente ano a esta Capital o professor Maurício de Medeiros, Ministro da Saúde. No Aeroporto de Congonhas sua excia. foi recebido pela diretoria da Academia, prefeito da Capital, secretário da Saúde e diretores de institutos científicos. Após a sua chegada, em companhia do prof. Carlos Gama, secretário da pasta da Saúde, visitou as obras do pavilhão de Virulogia no "Adolfo Lutz". Depois compareceu ao almoço oferecido pela diretoria da Academia de Medicina. A sobre-mesa foi saudado pelo dr. Mário de Oliveira Ramos, presidente da Academia, tendo agradecido, com emoção, o homenageado. Terminado o almoço, o ministro da Saúde visitou os trabalhos de fabricação de sulfonas no Butantã, onde com o titular da pasta da Saúde assinou dois convênios sobre a matéria. Fez, ainda, uma visita à Fábrica de Penicilina Fontoura Wyeth, onde foi recebido pelos seus diretores. Às 21 horas compareceu à Academia de Medicina, cujas dependências estavam completamente lotadas, notando-se ali as figuras mais representativas da nossa classe média. Nessa ocasião foi-lhe conferido o título de membro honorário da Academia, sendo saudado pelo presidente professor Mário de Oliveira Ramos.

Falou, a seguir, o professor Carlos Gama que, em nome do governador do Estado, dirigiu uma saudação ao ilustre acadêmico, enaltecendo sua ação na pasta da Saúde e os convênios que acabavam de ser assinados entre os governos do Estado e da República referentes à fabricação das sulfonas e ao instituto de Virulogia. Em nome da Academia, o professor Rubens Azzi Leal, presidente da Seção de Medicina Social, discursou,

a seguir, saudando e agradecendo a presença de sua excia. no tradicional sodalício. Focalizou, o orador, com precisão, as múltiplas atividades do professor Maurício de Medeiros na medicina, no magistério, na literatura e na imprensa. Concluiu dizendo do acerto e da justeza da outorga do título de membro honorário da Academia de Medicina de São Paulo, que passava a honrá-la ao lado de vultos que dessa distinção se tornaram mercedores. Com a palavra o professor Maurício de Medeiros, teceu um hino à cultura científica de São Paulo, destacando os trabalhos aqui realizados, focalizando o brilhante êxito dos cientistas do Instituto "Adolfo Lutz", que teve a ventura de mandar à Argentina por ocasião da epidemia de poliomielite e que ali isolaram o vírus, o que antes não havia sido conseguido por cientistas norte-americanos. Mencionou os convênios que acabavam de ser assinados e afirmou que no Ministério da Saúde a ciência paulista tem lugar de eleição pela sua importância, conquistas, perseverança e honestidade. Passou destas palavras iniciais de agradecimento ao título que lhe era conferido e que prezava profundamente, à leitura de sua conferência subordinada ao tema "Prostituição. Aspectos médicos-sociais". Trata-se de um trabalho de fôlego, tendo o eminente mestre abordado o tão debatido problema sob todos os seus aspectos. Discorreu por mais de uma hora e antes de concluir fez uma análise dos pareceres exarados pelos membros da comissão aqui designada pelo governador Jânio Quadros para estudar o problema do meretrício. Ao finalizar, o professor Maurício de Medeiros foi saudado com uma longa salva de palmas. O Ministro Maurício de Medeiros, acompanhado pelo seu secretário dr. A. Jabur, regressou para a Capital da República.

CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

IV Congresso da Secção Brasileira
do Colégio Internacional de Cirurgiões**Sua realização em Salvador — Bahia.**

— A Regional de São Paulo da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, comunica que o IV Congresso da Seleção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões realizar-se-á de 1 a 6 de outubro do corrente, em Salvador. Os temas a serem abordados serão os seguintes: 1) O médico diante da estatização da medicina — Salvador (dr. José Ramos de Queiroz); 2) Cirurgia da hipertensão porta — São Paulo (dr. Palmiro Rocha); 3) Normas para avaliação da mortalidade em cirurgia — Petrópolis (dr. Jorge Machado). 1.^a mesa redonda — Cirurgia das varizes e síndromes post-flebitas — São Paulo (prof. Mário Degni); 2.^a mesa redonda — Câncer da mama — Recife (dra. Miriam Kerner). Quanto à parte social, além das visitas a recantos históricos, igrejas, passeio, pela baía de Todos os Santos, etc., haverá excursão a Mataripe, Paulo Afonso, após o Congresso, na dependência de inscrição prévia na agência turística (Bahia Turismo). Maiores informações na secretaria da Regional de São Paulo, à rua Cesário Motta, 112, Pavilhão Conde de Lara, ou pelo telefone 37-7740.

Curso sobre o Hospital de Hoje e a cirurgia cardíaca. — Promovido pelo Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH), realizar-se-á de 16 a 26 de setembro, um Curso sobre o tema: "O Hospital de Hoje e a cirurgia cardíaca".

O Curso será ministrado pela equipe do Instituto de Cardiologia "Sabado d'Angelo", da fundação "Anita Pastore D'Angelo".

Abrangerá aulas teóricas, aulas práticas, exibição de filmes, demonstrações experimentais, demonstrações ci-

cúrgicas, inclusive o funcionamento do coração e pulmão artificiais.

O programa do Curso é o seguinte:

Aulas teóricas: A posição atual da cardiologia, seu progresso nos últimos anos e as suas possibilidades no futuro próximo — Conhecimentos fundamentais sobre a estrutura e funcionamento do coração — Fatores determinantes das doenças cardíacas — Aspectos de importância social — Importância dos estudos anátomo-patológicos para o progresso da cardiologia. O que o Hospital pode contribuir para esses estudos — O que o cardíaco deve saber sobre sua doença — Aspectos psicológicos da conduta do pessoal hospitalar em relação ao cardíaco — Problemas hospitalares para o tratamento da criança cardíaca — Facilidades hospitalares para o exame do cardíaco — Recursos de aparelhagem indispensáveis para o diagnóstico das doenças do coração — A enfermeira e o cardíaco — Treinamento do pessoal hospitalar para o tratamento do cardíaco — O que é o cateterismo intra-cardíaco. Aparelhagem especializada para a sua realização — Instalação e funcionamento de raio X e aparelhagem especializada para a realização da angiocardiógrafia — Cirurgia da criança — A evolução da cirurgia cardíaca e a importância das instalações hospitalares para sua realização — Doenças cardíacas da criança passíveis de correção cirúrgica — Filme demonstrativo de diversos tipos de operações.

Cirurgia cardíaca do adulto. — Importância social do seu tratamento. Aspectos psicológicos — Problemas de anestesia dos cardíacos — A ressuscitação cardíaca nos hospitais gerais. Filme demonstrativo. — Funcionamento do coração e pulmão artificiais. Filme demonstrativo — A organização hospitalar a serviço da

TOSSE **Codoforme**

XAROPE

DRÁGEAS

Frasco com 150 cm3

Frasco com 20 drágeas

Adultos: 3 a 5 colheres, de
sopa, ao dia, fóra das refeições.

Adultos: 5 a 8 drágeas nas
24 horas.

Crianças: A partir de 3 anos,
3 a 5 colheres, de café, ao dia,
igualmente fóra das refeições
principalmente.

Crianças: A partir de 5 anos,
2 a 5 drágeas, por dia. Deglutir
a drágea sem mastigar e sem dis-
solvê-la na boca.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

COD 10

**SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180
Caixa Postal 439**

cardiologia. Noções básicas de planejamento — O funcionamento de uma instituição especializada.

Filmes. — Cirurgia das doenças congênitas do coração — A ressuscitação cardíaca nos hospitais gerais. — Funcionamento do coração e pulmão artificiais — O funcionamento de uma instituição especializada.

Aulas práticas. — Fisiologia — Anatomia e patologia — Eletrocardiograma Fonocardiograma. Raio X — Aparentagem para cateterismo, medida de pressões e oximetria — O exame do cardíaco — Tratamento médico do cardíaco hospitalizado — Tratamento do cardíaco nos hospitais sob o ponto de vista de enfermagem — Visita ao centro cirúrgico e sala de recuperação — Tratamento cirúrgico. Sala de operações.

Ministrarão aulas na parte médica, teórica e prática, os Drs. Adauto Barbosa Lima, J. Hortêncio Medeiros Sobrinho, Sérgio Paladino, Maria Vitória Martin, André H. J. Nicolai, J. S. Perfeito, Hugo J. Felipozzi, Pedro Gereto, Rubens de Guimarães Santos, Laio Gomes D'Oliveira.

A parte de enfermagem estará aos cuidados da Enf.^a Zélia de Souza.

Ao arquiteto Jarbas Karman caberá desenvolver a parte de engenharia aplicada ao Hospital e Centro Cirúrgico.

O Curso destina-se a médicos, engenheiros, arquitetos, administradores de hospitais, enfermeiros, técnicos hospitalares, universitários e demais pessoas interessadas no moderno desenvolvimento da cardiologia.

As aulas serão ministradas pela manhã e à noite.

As aulas teóricas serão realizadas no Instituto de Engenharia de São Paulo, e as aulas práticas, nas salas de operação do Instituto de Cardiologia Sabbado D'Angelo e Hospital Sorocabana.

Taxa de inscrição: Cr\$ 1.000,00. Para enfermeiros e universitários: Cr\$ 500,00. Para sócios do IPH: Cr\$ 500,00. Para enfermeiros e universitários sócios: Cr\$ 100,00.

Endereço para informações — Arq. Jarbas Karman — Rua Xavier de Toledo, 210 — 6.º andar — conjunto 64 — Fone 36-3880 — São Paulo.

ASSUNTOS DE ATUALIDADES

Trabalhos médicos brasileiros

Divulgação e publicação nos Estados Unidos e na Europa. — A língua portuguesa impõe, sem dúvida, sérias limitações à divulgação dos trabalhos científicos publicados no Brasil. Muitas pesquisas importantes feitas em nosso meio, especialmente no terreno da Medicina, são ignoradas nos centros médicos dos Estados Unidos e da Europa. Uma vez ou outra, especialistas de nosso País enviam diretamente os seus artigos para serem publicados em revistas estrangeiras de grande circulação, com excelentes resultados, elevando sobremaneira o conceito da Medicina Brasileira. O saudoso prof. Rocha Lima, por exemplo, publicando os resultados de suas pesquisas sobre riquetsias em

revistas da Europa, despertou imediatamente o interesse dos cientistas de todo o mundo, abrindo um novo campo de investigações experimentais e clínicas.

Muitos outros casos poderiam ser citados, especialmente no que diz respeito a estudos experimentais, porém, vamos citar apenas dois, dos mais recentes, e no terreno da clínica.

O dr. Ricardo Veronesi, assistente do Departamento de Doenças Tropicais e Infectuosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do prof. João Alves Meira) publicou na revista norte-americana "American Journal of the Medical Sciences" (volume 232, número 6, páginas 629-647, dezembro

de 1956) um longo artigo sobre o tratamento do tétano, demonstrando que a orientação terapêutica estabelecida no Hospital das Clínicas permitiu obter excelentes resultados, reduzindo sobremaneira a mortalidade. Esta orientação é fruto de cuidadosas observações, feitas nos últimos cinco anos, após o ensaio de vários esquemas de tratamento. Consiste, essencialmente, na administração endovenosa contínua de "Mephesin", sedativos (barbitúricos ou hidrato de cloral), antibióticos, alimentação endovenosa e pequenas doses de antitoxina. Assistência contínua, principalmente nas crises de apnéia, que devem ser logo diagnosticadas e tratadas nos primeiros 15 segundos.

Com este esquema terapêutico a mortalidade, a partir de 1952, reduziu-se para 18,2 por cento, cifra ainda não atingida em nenhum outro hospital. Assim, uma tabela comparativa organizada pelo dr. Veronesi mostra os seguintes dados sobre a mortalidade produzida pelo tétano em diversos países: Vener e Bowes (Estados Unidos), 29 por cento; Pratt (Estados Unidos), 43 por cento; Gonzales Floriani (Argentina), 40 por cento; Salveraglio e Ebola (Uruguai), 52 por cento; Silverthorne (Canadá),

47 por cento; Crespo (Cuba), 27 por cento; Dopff e Perez (Espanha), 28 por cento. Os resultados, obtidos em São Paulo são bastante superiores e o emprêgo desse método em outros países teria, sem dúvida, salvo dezenas de vidas.

A dra. Estella Budiansky, da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, publicou recentemente nos Estados Unidos, na revista "Journal of Pediatrics" (volume 50, número 4, páginas 404-407, abril de 1957) um interessante artigo, sob o título "Brazilian experience with oral B. C. G.". Descreve a magnífica contribuição dos fisiologistas brasileiros, especialmente de Arlindo de Assis, que estabeleceram um método especial de vacinação, que vem apresentando excelentes resultados. Analisa também os estudos feitos em São Paulo, pelos Drs. J. Rosenberg, N. Souza Campos, J. Aun e outros, sobre a influência do B. C. G. na lepra, sobretudo na viragem da reação de Mitsuda. A divulgação desses dados numa das mais conceituadas revistas norte-americanas de pediatria constitui agora o lado médico-científico, excelente "promotion" do Brasil, mostrando que não vivemos apenas deitados em berço esplêndido...

EL DRENAJE EN CIRURGÍA

E

SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevideo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00

★

Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Rua Pirapitingui, 80

A responsabilidade da profissão médica no emprêgo dos Raios X e de outras radiações ionisantes (*)

Declaração do Comité Científico para o Estudo dos Efeitos das Radiações Atômicas

1) A Assembléia Geral das Nações Unidas, consciente dos problemas que no domínio da saúde expõe o desenvolvimento da energia atômica, criou um Comité Científico para o estudo dos efeitos das radiações ionisantes. Este Comité considerou que um dos seus mais urgentes trabalhos é o de coligir a mais ampla informação possível acêrca dos níveis de irradiação a que o homem está exposto atualmente, e dos efeitos dos mesmos. Tendo-se verificado que a irradiação devida aos exames e tratamentos radiológicos médicos constitui uma parte importante de irradiação total que recebe a população do mundo, o citado Comité julgou útil difundir as informações até agora recolhidas a êsse respeito.

2) A medicina moderna tem contribuído para jugular um bom número de pragas sociais e para prolongar ostensivamente a duração média da vida do homem. Tais resultados tem sido alcançados, em parte, graças ao emprêgo de técnicas para o reconhecimento, o diagnóstico e o tratamento baseados na utilização das radiações. E' raro que algum progresso científico não se acompanhe de algumas desvantagens, ainda que estas sejam mui leves. Portanto é conveniente julgar com objetividade plena as conseqüências eventuais, presentes ou futuras, que traria um aumento na irradiação das coletividades, resultante das práticas radiológicas médicas.

3) Admite-se atualmente que a irradiação dos seres humanos, sobretudo a de seus tecidos germinais, é geralmente indesejável. Enquanto que algumas das perturbações somáticas causadas pelas radiações são suscetíveis de restauração, os efeitos genéticos da radiação são, em geral irreversíveis e acumulativos. Toda a irra-

(*) Documentos apresentados pela Comissão Científica para o estudo dos efeitos da radiação atômica na Décima Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas, New York.

VANTAGENS DO LEITE EM PÓ ACIDIFICADO

Pelargon

- Parcialmente pré digerido
- Estimula o fluxo da bils
- Diminui o esforço do estômago reduzindo o "poder tampão" do leite, compensando a ação do fosfato de cálcio e da caseína
- Favorece o funcionamento normal do piloro
- Estimula a secreção do suco pancreático
- Favorece a absorção do cálcio
- Favorece a flora normal do intestino



- Digestão mais fácil.
- Permite administrar maior quantidade de leite sem causar distúrbios.
- Pode ser dado mais concentrado desde o início do aleitamento.
- Perfeita assimilação da gordura.
- Elevado índice de imunização.

Uma especialidade

NESTLÉ

dição dos tecidos germinais, por débil que seja, tem um efeito genético nocivo, que pode ser mínimo, porém que sempre é real. No domínio somático pode haver lugares de tolerância, porém esses são provavelmente reduzidos.

4) A informação até agora recebida mostra que a espécie humana está submetida à irradiação natural à que se soma a irradiação artificial, devida a utilização médica das radiações, à indústria atômica e a seus dejectos e à precipitação radioativa subsequente às explosões nucleares. O Comité, consciente dos perigos potenciais que representa esta irradiação, colhe e analisa os documentos disponíveis acerca da mesma.

5) As irradiações das coletividades devida às aplicações radiológicas médicas, é atualmente, em alguns países, a fonte predominante da irradiação artificial; poderia ser de uma tal magnitude como a da originada pelo conjunto das fontes naturais. Ademais, já que se aplica por prescrição médica, a profissão médica tem a responsabilidade no referente ao seu emprego.

6) O Comité reconhece plenamente a importância e a utilidade do emprego adequado das radiações no diagnóstico de um grande número de afecções, no tratamento de enfermidades como o câncer, no reconhecimento de padecimentos como a tuberculose pulmonar e no progresso dos conhecimentos médicos.

7) Por outra parte, o Comité estima devidamente o papel que têm desempenhado os radiólogos por intermédio da Comissão Internacional da Proteção Radiológica, a qual, recomenda os níveis máximos admissíveis de irradiação. No que concerne a pessoas expostas profissionalmente, a fixação desses níveis baseia-se em duas noções existentes: que há doses que conforme nossos conhecimentos presentes não são capazes de causar uma lesão somática comprovável no indivíduo irradiado e que o número de pessoas afetadas é suficientemente pequeno para tornar apreciáveis as repercussões genéticas sobre o conjunto da população. No que se refere à exposição da população em sua totalidade, é prudente limitar a dose absorvida pelas gônadas, de radiação emanadas de fontes artificiais, até uma magnitude semelhante à que se deve as fontes naturais.

8) E' pois evidente, a conveniência de que as irradiações médicas, em todas as suas formas, sejam limitadas as que verdadeiramente tenham valor e importância, tanto para os exames como para os tratamentos, com o fim de reduzir o quanto possível a irradiação da população em seu conjunto sem por isso diminuir as vantagens que oferece a aplicação médica das irradiações.

9) O Comité receberá com satisfação qualquer informação, enviada pela via governamental correspondente, acerca da eficácia dos meios que permitam alcançar o resultado esperado, tanto pela

Hormônio androgênico

PERANDREN

M. R.

O seu campo de aplicação compreende não só os sintomas próprios da insuficiência testicular, mas também uma série de transtornos extragenitais. Na mulher, o Perandren é ainda indicado como hormonoterapia paradoxal.

Empôlas (solução oleosa)

de 5, 10, 25 e 50 mg

Vidros-empôlas (solução oleosa)

de 10 cm³ com 500 mg

Empôlas cristalíferas (suspensão aquosa)

de 50 mg

Linguetas (comprimidos sublinguais)

de 5, 10 e 25 mg

Pomada a 4 por mil

Bisnagas com 25 g

Comprimidos para implantação

de 100 mg



PRODUTOS QUÍMICOS

Ciba S. A.

limitação dos exames, a aqueles que realmente sejam indicados, como pela redução da irradiação durante tais exames, e especialmente se as gônadas são diretamente irradiadas pelo feixe de radiações. Desejaria particularmente ser informado dos benefícios que derivarem do aperfeiçoamento do instrumental, de um melhor treinamento do pessoal, da proteção local das gônadas, da seleção judiciosa das técnicas fluoroscópica ou radiográfica e de uma melhor coordenação tendente a evitar a repetição inútil dos mesmos exames.

10) O comitê confia em que a cooperação dos médicos e em especial das Associações dos Radiólogos permitirá determinar a dose total da irradiação recebida pelas gônadas no conjunto da população até o fim do período da reprodução. O Comitê considera essencial o desenvolvimento e utilização de métodos de medição já estandarizados por peritos de alguns países, para obter estes dados. O mesmo insiste também na necessidade de que os médicos, odontologistas e organizações responsáveis que empreguem radiações ionizantes levem registros suficientemente completos com o fim de permitir a avaliação correta das doses. O Comitê está convencido de que uma informação tal como a aqui mencionada levará a reduzir em seu conjunto a irradiação com fins médicos, conservando e desenvolvendo ao mesmo tempo as vantagens da aplicação médica das irradiações.

II — EXAME GERAL DA IRRADIAÇÃO DOS SÊRES HUMANOS

O homem tem estado a todo tempo exposto a certo grau de irradiação procedente de fontes naturais, a que se juntaram agora, como resultado das descobertas modernas e das aplicações das radiações ionizantes e da radioatividade, e certas formas de irradiação artificial.

A *irradiação natural* se deve a:

- 1.º) A radiação cósmica,
- 2.º) A radiação gama "ambiente" procedente das substâncias radioativas presentes na corteza terrestre, as pedras e os materiais de construção e dos produtos da desintegração do radon que se encontram na atmosfera,
- 3.º) As radiações emitidas por certos radioelementos naturais incorporados no organismo como o potássio 40, o rádio, o radon e o carbono 14.

4) O nível desta radiação natural varia segundo o lugar, porém calcula-se que as gônadas recebem entre 70 e 170 murens por ano. Dêste total mais ou menos 45% procede das radiações gama locais, 30% dos raios cósmicos e 20% do potássio 40 existente no organismo humano (segundo informes enviados pelos E.E.U.U., Índia, Reino Unido e Suécia).

Nemafugan

ADIPATO DE PIPERAZINA

Indicações: - Ascarirose - Trichocefalose - Enterobiase

Apresentação: { Líquido
Comprimidos



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 984 - São Paulo - Brasil



5) *A irradiação artificial procede:*

- 1.^o) Da contaminação do ambiente, da atmosfera ou da água pelos dejetos radioativos das indústrias atômicas ou dos usuários de radioelementos.
- 2.^o) Da precipitação, a maior ou menor distância da sua fonte, das partículas radioativas resultantes da explosão de armas nucleares;
- 3.^o) Da exposição profissional de certos grupos de trabalhadores: médicos clínicos, radiólogos, dentistas, enfermeiras, pessoas que trabalham em instalações de energia atômica, trabalhadores de minas de urânio ou tório e pessoas que por razões industriais ou científicas empregam geradores de radiações ou isótopos radioativos;
- 4.^o) Do emprêgo médico dos raios X, de outras radiações ionizantes e de radioelementos que se utilizam na detecção, diagnose, investigação e tratamento das enfermidades humanas;
- 5.^o) Do emprêgo de certos aparelhos que emitem radiações, tais como receptores de televisão, relógios com esfera luminosa e geradores de raios X utilizados nas sapatarias para a escolha de calçado.

6) O nível da irradiação artificial varia consideravelmente nos diferentes países e carecemos de informação adequada quanto a importância global de ditos fatores. Os cálculos preparados em certos países parecem indicar que a principal fonte de irradiação das gônadas da população é constituída pelos processos radiológicos de diagnose já que em certos casos as doses procedentes dessa fonte é quase igual a dose recebida de tôdas as fontes naturais. A dose total de irradiação devida à exposição por razões profissionais, aos produtos das indústrias atômicas, à radioterapia, e aos aparelhos emissores de irradiações anteriormente mencionados (item 5 do parágrafo 5) é provavelmente muito inferior. Calcula-se que a dose recebida pelas gônadas devida a precipitação radioativa representa na atualidade 1% da irradiação natural que recebem na maioria das regiões.

7) O Comitê estuda atualmente o volume e a importância dessas fontes de radiações. Como a irradiação médica apresenta uma porcentagem muito grande, senão mesmo a maior, da exposição às radiações artificiais, é importante conhecer com precisão sua extensão em todos os países e circunstâncias. A possibilidade de conseguir tal resultado depende da colaboração da profissão médica e sobretudo da existência de registros exatos realizados por médicos, dentistas e organizações responsáveis na utilização das radiações ionizantes.



Nas afecções respiratórias

REFAGAN

salicilamida - fenacetina - cafeína - "Omeril"

Tubo com 10 comprimidos

III — RISCOS DEVIDOS ÀS RADIAÇÕES

8) O emprêgo médico das irradiações é evidentemente de suma utilidade para a prevenção, diagnóstico, investigação e tratamento de enfermidades humanas, porém é necessário estudar os efeitos que essas radiações podem ter nos indivíduos.

9) Falando de um modo geral a irradiação dos seres vivos podem produzir efeitos radiobiológicos, seja já no mesmo indivíduo irradiado, ou, por intermédio dêle, em seus descendentes; aos primeiros efeitos se chama somáticos e aos segundos genéticos. Os somáticos variam segundo o órgão ou tecido afetado, e vão desde desordens benignas e reversíveis, como o simples eritema cutâneo, até a leucemia e outras enfermidades malignas. A possível reversibilidade de alguns efeitos somáticos devidos a radiação recebida em pequenas doses ou com baixa intensidade, induzem a pensar que existem doses admissíveis, que não hão de causar danos somáticos irreversíveis ou de importância. Sem embargo, o limite de radiação capaz de causar danos somáticos ocasionais pode ser muito baixo. Entretanto, tratando-se dos efeitos genéticos é possível que não exista tal limitação. Estes últimos efeitos crescem com uma frequência que corresponde à dose total de radiação recebida pelos tecidos germinais e na maioria dos casos são nocivos.

10) Outros muitos fatores dificultam a interpretação dos efeitos radiobiológicos. Todavia não se compreendem bem as diferenças que apresentam os efeitos de uma exposição parcial e da exposição total do corpo humano, de uma só exposição e de uma irradiação contínua, ou os efeitos dos distintos tipos de radiações. E' inegável que o perigo que representam as radiações varia segundo as diferenças biológicas na radiosensibilidade dos diversos tecidos de pessoas de diferentes idades ou sexo. Entretanto não é menos certo que toda a irradiação das gônadas, e toda a irradiação considerável dos outros tecidos, implicam a possibilidade de que se produzam danos de importância que é necessário avaliar.

IV — RECOMENDAÇÕES GERAIS SÔBRE A IRRADIAÇÃO MÉDICA OU PROFISSIONAL DOS SERES HUMANOS

11) Os radiólogos, por intermédio da Comissão Internacional de Proteção Radiológica, assumiram uma tarefa muito útil e de grande responsabilidade ao definir as doses máximas admissíveis no que respeita aos principais riscos da exposição às radiações.

12) A fixação dessas doses máximas admissíveis de irradiação para os que estão expostos às radiações profissionais se baseia na opinião de que, segundo os conhecimentos atuais, certas doses não causam danos somáticos perceptíveis ao indivíduo irradiado, e na

SINTOMICETINA

injetável

(CLORANFENICOL SINTÉTICO LEVÓGIRO)

frasco-ampola de 0,200 g

*em todas as indicações do cloranfenicol,
especialmente quando houver dificuldade
para a administração oral ou retal.*



hipótese de que sendo reduzido o número de pessoas afetadas, os efeitos genéticos em toda a população resultam insignificantes. Para a irradiação das gônadas ou de todo o corpo, os níveis fixados excluem doses maiores de 0,3 ren por semana ou 3,0 ren durante 13 semanas ou toda a irradiação recebida que exceda de 5 ren por ano. Estes valores significam que nenhuma pessoa exposta por razões profissionais receberá nas gônadas uma dose global de mais de 50 ren até os 30 anos, nem em todo o corpo uma dose de mais de 200 ren até os 60 anos.

No que respeita ao conjunto da população considera-se prudente limitar a dose média recebida de fontes artificiais pelos tecidos germinais à ordem de máxima dose que recebem de todas as fontes naturais.

13) Ao considerar as doses de irradiação médica que recebe a população, o risco presente é essencialmente o genético ainda que seja possível que em certas circunstâncias se produzam ocasionalmente danos somáticos ao incrementar-se as doses pequenas de irradiação. Além disso, a dose significativa é a que indica a irradiação gonádica média do conjunto da população até o fim do período médio de reprodução.

14) Tem-se comprovado que em dois países (E.E.U.U. e Suécia) o nível dessa irradiação de importância genética devida ao diagnósticos radiológicos é pelo menos igual a 100% da irradiação natural total e que em um terceiro país (Reino Unido) equivale pelo menos a 22% dessa cifra. Certamente antes de obter valores mais exatos para esses e outros países, é evidente que a exposição pode ser de importância nos países que possuem serviços médicos muito desenvolvidos e que é essencial estudar a forma de reduzir esta exposição sem prejudicar o valor atual ou futuro da radiologia médica.

15) Por tudo isso, o Comité deseja vivamente que os radiólogos lhes prestem sua colaboração indicando pelos condutos oficiais apropriados, todos os métodos que permitam diminuir esta exposição total e ajudando a calcular o máximo da diminuição que se poderia lograr empregando tais métodos. Em particular seria muito útil conhecer em quanto poderia reduzir-se a irradiação das gônadas mediante:

- a) a melhoria do desenho e da proteção dos aparelhos,
- b) o melhor preparo das pessoas que fazem uso de aparelhos radiográficos e fluoroscópicos,
- c) a maior proteção possível da região gonádica, sobretudo nos exames de abdômen ou do pelvis,
- d) o emprêgo de técnicas que dêem preferência à radiografia em vez da fluoroscopia, quando toda a informação necessária possa obter-se dessa forma,

- e) o aperfeiçoamento das disposições administrativas para evitar a repetição desnecessária de reconhecimentos idênticos em uma mesma pessoa,
- f) o estudo geral de certos estados patológicos, como as úlceras pépticas com o objetivo de determinar em que casos o diagnóstico radiológico tem ou não uma influência concreta no tratamento recomendado ou o prognóstico formulado.

V — RESUMO

1. O Comité Científico para o Estudo dos Efeitos das Radiações Atômicas, criado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, aceita a opinião de que a irradiação do ser humano, e em particular de seus tecidos germinais, tem certos efeitos indesejáveis.
2. A informação recebida até agora indica que, em certos países (Estados Unidos da América, Suécia, Reino Unido) a fonte artificial mais importante de tal irradiação é o emprêgo de métodos radiológicos de diagnóstico e que as doses dessa origem podem igualar em importância à resultante de todas as fontes naturais juntas. E' possível que esta irradiação esteja já causando consequências genéticas de importância no conjunto da população.
3. O Comité conhece bem a importância e a utilidade do emprêgo médico nas radiações, porém deseja chamar a atenção da profissão médica para êsses fatos e a necessidade de medir com a maior precisão as doses de tal origem. A colaboração da profissão médica resultaria sumamente útil para reunir mais dados sobre o assunto.
4. O comité agradeceria especialmente que se lhes comunicasse pelos condutos oficiais pertinentes dados sobre os métodos que permitam diminuir a irradiação médica da população sem prejudicar o valor inegável da radiologia para o diagnóstico ou tratamento das enfermidades.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Atualização Terapêutica. — Drs. Felício Cintra do Prado, Jairo de Almeida Ramos e José Ribeiro do Valle — Livraria Luso-Espanhola e Brasileira — 1957. A idéia de publicar um livro de atualização terapêu-

tica teve origem, há alguns meses, numa demorada conversa entre os colegas que, hoje, são os editores responsáveis desta obra. Firmada a idéia, como útil e oportuna, passamos imediatamente à sua realização, cons-

tituindo um grupo de consultores encarregados de dividir os assuntos de cada secção ou capítulo, e de convidar os seus colaboradores para a rápida execução da nossa enpresa comum. Desde logo, resolvemos tomar como modelo as publicações do mesmo gênero, especialmente as americanas, combinando, a seguir, as modificações e adaptações que seriam mais proveitosas para os leitores brasileiros.

Nosso intuito não foi organizar um livro de "novidades" terapêuticas ou fazer obra de simples compilação. Cada colaborador procurou opinar baseando-se na própria experiência.

Pela sua orientação prática, destinase o presente volume aos clínicos em geral, sobretudo aos que trabalham longe dos centros de ensino e pesquisa. Estes, certamente mais do que os outros, têm dificuldade em conhecer, de boa fonte, os constantes progressos da Medicina atual, particularmente da Terapêutica. Qual o método mais recomendável no tratamento de certa moléstia? Usa-se ainda tal processo que andou em voga há poucos anos? Consultas como estas, vindas do interior do País, são recebidas freqüentemente nas escolas e associações médicas das grandes cidades.

A diversidade dos assuntos e a complexidade da matéria, além de outros fatores, dificultaram, naturalmente,

fôsse dada absoluta uniformidade aos diferentes capítulos desta obra de colaboração. Com efeito, alguns autores versaram exclusivamente a parte terapêutica. Muitos, porém, julgaram conveniente ou mesmo necessário completá-la com noções de etiopatogenia, classificação e diagnóstico, a fim de atualizar o tema no seu conjunto e não apenas parcialmente. Como editores, aceitamos também esta orientação que, a nosso ver, realça a finalidade do livro e o tornará mais útil a quantos desejarem conhecer, a par da terapêutica, outros aspectos clínicos do assunto.

Estas páginas refletem a experiência de numeroso grupo de colaboradores especializados. É uma tentativa de repetir em nosso meio, diante dos nossos problemas, a idéia já realizada com pleno sucesso em outros países. Esforçamo-nos por atingir o objetivo. As omissões e demais defeitos poderão ser atenuados ou corrigidos, futuramente, se a aceitação do livro justificar novas edições. Esperamos, porém, desde já, que a benevolência do leitor nos excuse das imperfeições que não conseguimos evitar neste primeiro impulso.

Ao Conselho Nacional de Pesquisas deixamos aqui consignados os nossos agradecimentos, pelo auxílio financeiro que possibilitou reduzir consideravelmente o preço da venda deste livro.

Apreciações

Atti della Società Lombarda di Scienze Medico-Biologiche. — Vol. 2.^o — ano 1956 (Edizioni Minerva Médica, Milano). — *Symposium sui nuovi farmaci antitubercolari*. — Volume de 700 páginas dedicadas exclusivamente à descrição minuciosa e completa das atividades e trabalhos apresentados e discutidos no Simpósio sobre Novos Medicamentos Antituberculosos, organizado pela Sociedade de Ciência Médica e Associação Lombarda Con-

tra a Tuberculose, em Milão em 1956.

Foi ali discutida largamente a ação da estreptomizina, do ácido parâmino salicílico, a idioside do ácido isonicotínico, bem como dos nossos e potentes produtos farmacêuticos: pirazinamida e a cicloserina.

Inúmeros clichês e radiografias são apresentados nesse relatório dos trabalhos realizados naquele simpósio.

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



Medicação coadjuvante
na dietética do emagrecimento

ANTIOBESINA

Fórmula por comprimido de 0,47 g:

Sulfato dexedrina	0,00250 g
Reserpina	0,00005 g
DL-Metionina	0,40000 g

★

VIDROS COM 40 COMPRIMIDOS

★

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S/A.

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171

SÃO PAULO — BRASIL

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

Carteira de Identidade e Saúde (*)

O ponto de vista médico

Dr. JOSÉ BENEDITO DE MORAES LEME

(Prof. de Medicina do Trabalho da Fac. de Medicina de Sorocaba,
da Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo)

Antes de entrar no assunto que me foi distribuído, peço licença para uns reparos acérca do título a ser dado ao documento cuja adoção ora se discute:

O nome "carteira" já se aplica a um número tão grande e tão dispar de diplomas (carteira de identidade, carteira profissional, carteira de motorista, etc.), entidades (Carteira de Crédito, Carteira de Redescostos) e objetos (carteira de documentos, carteira de dinheiro, carteira escolar), que me parece excessivo criar mais um encargo para essa palavra, já tão onerada.

"Caderneta" também já indica tantos documentos e objetos (caderneta de contribuições, caderneta de banco, caderneta de apontamentos, etc.) que não parece também aconselhável adotar essa palavra para novo registro pessoal que se pretende pôr em uso.

Quando, primeiro em fins de 1951 perante esta Sociedade, depois em setembro de 1952 perante o 2.º Congresso Americano de Medicina do Trabalho, advoguei (1) a criação dum documento pessoal desta natureza, o nome que lembrei foi o de "Prontuário de Saúde"; assim como cada um de nós tem o seu prontuário policial, passaria a tê-lo também com referência às condições do seu organismo.

Não é esse, porém, o ponto mais importante a ser discutido, e nem foi esse o tema que me foi entregue; apenas, direi mais adiante por que não acho aconselhável ser o documento em estudo adotado também como prova de identidade, pelo que tal indicação deveria ser excluída ao estudar-se-lhe a denominação: "Documento Individual de Saúde", "Registro Individual de Saúde" seriam denominações que também se poderiam propor.

* * *

O que importa, contudo, não é o nome, e sim o conteúdo, do documento; antes, porém, de estudar qual deva ser êle, importa

(*) Afirmções feitas no simpósio realizado pela Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, em 2 de abril de 1957.

verificar quais os serviços que possa prestar, isto é, as VANTAGENS de sua adoção, do ponto de vista estritamente médico; em seguida, referiremos o que nela possa haver de DESVANTAGENS; e finalmente, como decorrência do que tivermos exposto, veremos qual deva ser o CONTEÚDO.

VANTAGENS

A posse dum documento em que conste o estado de saúde do indivíduo pode ser fator decisivo na salvação da vida do seu portador; quando tal não aconteça, contribuirá freqüentemente para livrá-lo de intervenções diagnósticas e terapêuticas (inclusive cirúrgicas) desnecessárias; mesmo independente disso, auxiliará sempre o estabelecimento mais rápido de diagnósticos e influirá grandemente na escolha da terapêutica mais adequada; ajudará, em suma, o paciente a obter uma cura mais pronta e mais completa. E' o que procuraremos demonstrar.

A influência do documento na salvação da vida será mais freqüente e decisiva nos casos de SOCORROS DE EMERGÊNCIA; seu auxílio nos demais casos (diagnóstico, prognóstico e terapêutica mais perfeitos e mais rápidos) ocorrerá quando dos EXAMES MÉDICOS COMUNS, destinem-se estes a tratamento de saúde (Medicina Curativa), verificações de higidez e imunizações (Medicina Preventiva) os laudos periciais (Medicina Legal). Estudemos cada eventualidade de per si.

SOCORROS DE EMERGÊNCIA

Quando o indivíduo precisa dum socorro urgente, raro consegue obtê-lo da parte do seu médico assistente habitual; na imensa maioria dos casos, quem o presta é um profissional que o desconhece, principalmente nos grandes centros, onde existem os Prontos Socorros — oficiais e particulares — especialmente adstritos a esses casos. E essas emergências se verificam principalmente ou nos casos de traumatismos ou nos de mal súbito ou nos de agravação duma doença já em tratamento.

a) **Traumatismo.** — Podem ocorrer no domicílio, mas com maior freqüência se dão fora dêle, e na maioria dos casos na via pública; seja uma agressão, seja um desastre, quase sempre tem a vítima que ser socorrida na ausência de qualquer conhecido que possa informar sobre seu estado de saúde anterior. A existência do documento pessoal de saúde não ajudará nestes casos ao estabelecimento do diagnóstico, mas porá o profissional que socorre ao par de circunstâncias que podem agravar o caso (diabete, nefrite, etc.), de informações pessoais que podem ajudar a escolha da terapêutica (como a indicação do tipo sangüíneo, que facilitará as transfusões, evitando o uso em todos os casos do sangue de doador universal) e indicar as precauções a ter em vista para evitar medicações a que o paciente seja resistente ou alérgico.

b) Males súbitos. — Ocorrem também com freqüência na via pública, com o paciente também desacompanhado de quem possa informar o médico que socorre a respeito das preexistências mór-bidas; mesmo que ocorram na casa do paciente, nem sempre sabem os circunstantes dar informações, e muito dificilmente as conseguem prestar completas. Estando o paciente em coma, por exemplo, o diagnóstico da etiologia dêste raramente se consegue sem exames complementares, cuja realização atrasa a prestação de cuidados adequados em tempo útil para a salvação da vida, ou pelo menos para o restabelecimento mais rápido do paciente. Consultando o registro pessoal de saúde da vítima, verificará desde logo o médico si se trata dum diabético — quando o diagnóstico em geral se cingirá a distinguir o coma hiperglicêmico do coma hipoglicêmico; se é um nefrítico — quando o coma urêmico será a eventualidade diagnóstica mais provável; se é um hipertenso — quando a hipótese de acidente vascular cerebral será a primeira a ocorrer. Havendo, por exemplo, uma perda sangüínea por via oral, os antecedentes facilitarão distinguir uma hemoptise duma hematemese.

c) Complicações de doenças já em tratamento. — Nestas eventualidades, a primeira distinção a ser feita será entre agravação da moléstia em causa e reação a medicamento em uso — inadequado, em dose insuficiente ou dose excessiva. Nestes casos, os circunstantes geralmente informam, porém não raro o fazem sem a exatidão desejada, que só o registro individual de saúde poderá fornecer.

EXAMES MÉDICOS COMUNS

Nestes casos, o documento individual de saúde poderá também contribuir para a salvação da vida do seu portador; é mais freqüente que venha a contribuir, contudo, para um diagnóstico mais rápido e mais correto, bem como para uma terapêutica mais eficiente e mais pronta. Vejamos como pode isso acontecer em cada uma das fases dêsses exames: anamnese, exames objetivos, diagnóstico, prognóstico e conclusão (variável com a finalidade do exame: curativa, preventiva ou médico-legal).

a) Anamnese. — O registro dos dados subjetivos, informados pelo paciente, mais raramente pelos circunstantes, compreende duas partes: a anamnese próxima e a anamnese remota.

1) Anamnese próxima. — É a história da doença atual, que começa com a queixa — seus caracteres e sua duração — e continua com o relato dos fatos que a precederam imediatamente.

Na anamnese próxima dos casos propriamente clínicos — de Medicina Curativa, em que o paciente procura o médico para obter a cura de seus males —, pouco auxílio prestará habitualmente o registro pessoal de saúde: salvos casos excepcionais, o paciente evi-

dentemente se recorda com facilidade — e informa com fidelidade — do assunto de sua consulta. Já nos casos médicos-legais, e naqueles em que a finalidade do exame é apenas a verificação de higidez (para capacidade laborativa) ou doença (para concessão de afastamentos do trabalho), as informações podem ser falseadas, seja com relação ao que o paciente sente, seja no que diz com a origem e a duração de seus males; nestes casos, o examinado não é apenas um paciente do médico, mas também parte interessada nas conclusões que o examinador vier a exarar no seu relatório; nada mais humano, portanto, que informe êle segundo convém aos seus interesses. A consulta feita então pelo profissional ao documento individual de saúde pode retificar as informações recebidas, e influir decisivamente na marcha e na conclusão dos exames a serem a seguir feitos.

2) *Anamnese remota*. — Consta de duas partes: os antecedentes pessoais e os antecedentes familiares. Sobre ambos os pontos podem não ser exatas as informações recebidas, podendo essa inexatidão decorrer de má fé por parte do paciente (mesmos casos referidos a propósito da anamnese próxima) ou ocorrer mesmo havendo boa fé integral do mesmo: ou por deficiência intelectual, ou por falhas da memória, ou por auto ou mesmo hetero-sugestão, pode o examinado informar inexata ou incompletamente sobre os antecedentes. Registrados êstes no documento pessoal de saúde, as incorreções e omissões serão corrigidas.

b) *Exames*. — Constituem a parte objetiva da consulta, e indubitavelmente a momento mais importante dela. Distinguiremos o exame clínico geral, os exames clínicos especializados e os exames complementares, fazendo desde já lembrar que em certos casos são todos feitos por um só profissional, mas na maioria das vezes hoje em dia se distribuem a vários, trabalhando independentemente ou formando uma equipe — sendo êste último sistema indubitavelmente o que melhores resultados produz.

1) *Exame clínico geral*. — Se, no documento individual de saúde do seu cliente, encontra o médico informes acêrca dos exames a que se êle haja submetido anteriormente, dois principais resultados disso lhe poderão advir:

I — evitar que lhe passem despercebidos certos elementos não muito evidentes, que só uma pesquisa muito prolongada permitiria encontrar;

II — ver a diferença entre o que havia antes e o que no momento encontra — com isso tirando preciosos elementos sobre a evolução do caso, os quais lhe valerão por vezes no estabelecimento do diagnóstico, porém mais freqüentemente na fixação do prognóstico e na escolha da terapêutica.

Citemos alguns exemplos diários:

I — certas hérnias, de localização nem sempre evidente (a diafragmática, a obturadora, a do triângulo de Petit) esclarecerão às vêzes de pronto a etiologia duma oclusão ou subocclusão intestinal, que de outra forma só prolongados exames conseguiriam esclarecer;

II — num doente com sintomatologia que faz pensar em apendicite aguda, êsse diagnóstico será infirmado ou ao contrário considerado o mais provável se do documento de saúde consta a apendicectomia ou estiver nêle registrada a ausência dessa intervenção; com efeito, pode o doente apresentar a cicatriz clássica e não ter sido o apêndice retirado (num caso de abscesso apendicular, em que a ectomia seria agravadora do prognóstico); ou apresentar cicatriz de outra intervenção (frequentemente de laparotomia infraumbilical) e ter sido o apêndice retirado como tempo complementar da operação principal (ou mesmo ter sido essa a única extirpação feita, se a incisão foi para intervenção exploradora);

III — o conhecimento da pressão arterial pregressa é frequentemente do maior interesse, máxime se a encontrada no exame atual fôr muito diferente; colhemos o ensejo para lembrar a necessidade de registrar sempre o lado em que foi feita a medida, pela frequência da anisoflímia, mormente nos casos patológicos.

E' evidente que, além das exemplificadas, muitas outras são as oportunidades em que podem, para o exame clínico geral, ser de utilidade as informações sobre o que foi anteriormente encontrado; mas julgamos suficientes as referências acima.

2) *Exames clínicos especializados.* — Para o esclarecimento de grande número de casos, tem o clínico que solicitar a execução de exames especializados, para os quais não tem aparelhagem nem conhecimentos técnicos suficientes; muitos dêsses exames, contudo, podem tornar-se desnecessários, caso se encontre no registro individual de saúde o resultado de verificações recentes (tanto de normalidade quanto de anormalidade), ou elementos outros que permitam chegar ao diagnóstico exato sem se fazerem necessárias as verificações que se pretendiam.

Citaremos o exemplo muito comum de cefaléas rebeldes, cuja possível etiologia oftálmica se pretende verificar ou excluir; o exame oftalmológico que se pretendia solicitar pode dispensar-se, diante do registro de sua execução recente no documento individual de saúde.

3) *Exames subsidiários.* — Merecem especial menção, pelo menos de nossa parte, por isso que foi exatamente a propósito dêles que propuzemos (1) a adoção do "Prontuário de Saúde": realmente, em centro grandes como o nosso (S. Paulo), é elevado o número de serviços médicos gratuitos postos à disposição dos consulentes em geral, e mais ainda dos pertencentes a determinadas classes — que contam não só com os serviços gratuitos gerais, mas também com

os especiais para os de sua profissão. Nosso trabalho referia-se aos industriários, e enumerávamos então, entre as entidades a que podiam recorrer: o serviço médico da empregadora, o do sindicato de sua profissão, o IAPI e o SESI entre as adstritas à referida classe de trabalhadores; os centros de saúde (hoje com denominação mudada em certos casos), os postos de puericultura (quando se trata de crianças ou de gestantes) e outros serviços especializados estaduais e municipais, o Hospital das Clínicas, a Santa Casa, o Hospital São Paulo, o Hospital Nossa Senhora Aparecida, além de outras entidades especializadas (dispensários de tuberculose, lepra, câncer, psicopatas; maternidades, hospital infantil da Cruz Vermelha, etc.) ou gerais (Policlínica de S. Paulo, Policlínica São Camilo, etc.) — entre os serviços à disposição de todos, sem distinção de classe ou profissão. Isso sem contar os inúmeros serviços a pagamento, outrora fora do alcance do trabalhadores mais humildes, porém hoje — mercê dos salários bem mais compensadores que recebem — podendo ser também por eles procurados.

Assim sendo, por pouco que demore o estabelecimento dum diagnóstico; ou quando o diagnóstico feito não satisfaz o consulente — ou porque põe a nu mazelas que ele desejaria esconder, ou porque não está de acordo com suas intenções reivindicatórias; ou quando a cura se faz esperar, ou por ser mesmo a doença de evolução demorada, ou por não desejar o paciente submeter-se integralmente aos cuidados (principalmente dietéticos) que lhe são prescritos — em todos esses e muitos outros casos (como no tão comum das opiniões dos conhecidos que "tiveram doenças iguais" ou que louvam os méritos de determinados profissionais ou entidades de socorro), vemos os pacientes perambularem de serviço em serviço, como verdadeiros "judeus errantes da clínica", na feliz expressão do prof. Rocha Vaz.

Em todo o serviço a que recorre, é raríssimo que o médico consultado deixe de pedir algum exame subsidiário; se não o faz, é quase sempre o cliente o primeiro a solicitá-lo: "quero passar no raio X", donde o sucesso dos consultórios charlatanescos que anunciam "consulta com radioscopia"; "quero fazer um *exame completo* de sangue", etc.

Ocasiona isso, antes de tudo, prejuízos físicos para o próprio doente, pois não são todos os exames que se podem repetir com freqüência sem perigos; citemos um único exemplo: o da multiplicação desordenada de exames radiológicos, mormente de radioscopias demoradas (se forem muito curtas não satisfazem o consulente), e lembremos que ainda muito recentemente, aqui mesmo em São Paulo, quando se pretendeu instituir em caráter obrigatório o exame roentgenfotográfico de todos os candidatos a frequentar piscinas coletivas, vimos um dos nossos mais reputados especialistas levantar-se contra isso, achando preferível correr-se o risco do contágio da tuberculose do que expor às reduzidíssimas doses de raios X necessárias para a execução daquele exame.

Outro ponto não menos desprezível dessa repetição desnecessária de exames é o desperdício, não só de material, mas também de tempo dos técnicos, material e tempo esses que, melhor distribuídos, poderiam atender com mais eficiência consulentes que, em vista do seu número, têm de ser examinados às pressas ou em prazos dilatados.

Registrados obrigatoriamente todos os exames no documento pessoal de saúde, cada clínico consultado se poria imediatamente ao par do que já foi feito, e poderia limitar-se a pedir as provas ainda não executadas, sem contar muitos casos em que nem disso haveria mistér.

c) **Diagnóstico.** — Uma vez feitos os exames necessários, estabelecem-se os diagnósticos nosológico e etiológico, cujo registro no documento individual de saúde será, além do mais, um freio às atividades de profissionais que desejem explorar financeiramente seus clientes, inculcando-lhes a existência de doenças perigosas, para cuja debelação insinuam indispensáveis tratamentos demorados e dispendiosos. Tendo que registrar — e assinar — cada diagnóstico feito, será essa uma prova contra o profissional que quiser burlar os pacientes mais ingênuos ou crédulos; e ele pensará duas vezes antes de falsear a verdade em benefício de seus bolsos.

d) **Prognóstico.** — Neste ponto, prestará o documento individual de saúde inestimável cooperação: quando por ele se verifica que a doença ora encontrada é recidivante; quando se constata que existem estados mórbidos progressivos que sobre ela podem influir; quando o registro do uso anterior de terapêutica adequada sem se haver acompanhado de melhoras faz evidente a rebeldia do processo patológico em causa — em tôdas essas eventualidades o prognóstico se altera, para melhor ou para pior, tanto no que diz com a vida, como no que respeita com a função. E sabemos o quanto influi na psicologia do paciente o estabelecimento dum prognóstico exato, uma vez que o brilhantismo dum diagnóstico difícil raramente está ao seu alcance compreender.

e) **Tratamento.** — Aqui também será benéfico para o paciente que o médico consultado tenha elementos para evitar a prescrição de medicações já ensaiadas sem sucesso, não receitar outras a que seja o consulente resistente ou alérgico, etc.

Expostas assim as vantagens que a adoção do registro de saúde proporcionará, vejamos se do seu uso poderão também advir.

DESVANTAGENS

Podemos afirmar que, do ponto de vista rigorosamente médico, que é aquele cujo estudo nos foi distribuído, não existe desvantagem alguma do uso da "Carteira de Identidade e Saúde" (ou que outro nome venha a ter).

Pode ser que haja objeções jurídicas, deontológicas ou médico-legais; clínicas, porém, não vemos que exista nenhuma.

Ao contrário disso, será o uso dêste documento um freio para os profissionais inescrupulosos, como no caso que citamos a propósito do "diagnóstico", e ainda quando pretendem cobrar serviços não prestados, servindo, ao contrário, de prova para os que precisem recorrer aos tribunais para a percepção de honorários honestamente ganhos e não pagos.

CONTEÚDO DO DOCUMENTO

Para que possa prestar os serviços atrás enumerados, mistér se faz que o documento individual de saúde se revista dum certo número de requisitos, sôbre os quais estudaremos sucessivamente:

- I — as partes de que se deve compor;
- II — o modos de escriturá-lo poupando o tempo do médico e resguardando o segredo profissional;
- III — o modo de reconstituí-lo em caso de extravio.

I — Partes de que se deve compor

a) **Identificação do portador.** — Todos os pormenores devem ser registrados que permitam em todos os casos verificar que o paciente que se apresenta é de fato o detentor do documento que exhibe, afastando além disso a possibilidade da confusão com homônimos:

1) *retrato*, com a data em que foi tirado, e a substituição periódica por outros mais recentes, a fim de permitir a real identificação do portador; além da substituição periódica, a troca deve ser também feita sempre que ocorram alterações que influam na fisionomia do indivíduo: uso de óculos, uso ou supressão de bigode e barba, perda de cabelo, cicatriz evidente, etc.;

2) *nome completo*, sem abreviaturas; relembremos, a propósito, quantas vêzes outros documentos — mais frequentemente a carteira profissional — dificultam a identificação, abreviando os nomes ou registrando-os erradamente, dado o nível cultural nem sempre elevado dos funcionários encarregados de seu preenchimento;

3) *filiação* pormenorizada, com registro dos nomes tanto do pai quanto da mãe;

4) *data e local* do nascimento;

5) *ficha dactiloscópica*;

6) *registro de todos os documentos possuídos pelo portador*: cédula de identidade, carteira de identidade, carteira profissional, caderneta de contribuições a Institutos de Aposentadoria, documento militar, título de eleitor, diplomas de habilitação profissional, etc.

Todos os elementos acima devem servir para que o médico que atende possa ter certeza de que se trata realmente do portador do documento. Entretanto, o uso dêste como prova rotineira de identidade — como parece ser intenção do projeto, dada a denominação proposta: "Carteira de Identidade e Saúde" — não nos parece aconselhável.

De fato, o documento em estudo encerrará dados que só são conhecidos de pessoas obrigadas à guarda do sigilo profissional; é esta, aliás, uma das objeções mais sérias dos que combatem sua adoção. Como pôr tal documento nas mãos de leigos, cuja curiosidade raramente deixará de levar — sob pretexto duma verificação pormenorizada — à leitura do que consta com referência à saúde do portador? se se tratar de pessoa conhecida ou amiga, essa curiosidade será maior ainda; se se tratar de desafeto, a violação do sigilo poderá ser de conseqüências fastidiosas para o portador.

b) Dados relativos à infância. — Quando o documento de saúde vier a ter seu uso generalizado, deverá passar a ser entregue no momento mesmo do registro do nascimento; far-se-ão então nêle os registros de todos os pormenores da vida infantil do portador. Entretanto, atingido por êste o estado adulto, o documento deverá ser substituído, e então apenas as ocorrências de maior importância do período infantil deverão merecer resumido registro. Êste último será, evidentemente, o que deverá também constar — com as inevitáveis falhas duma reconstrução a posteriori — do documento a ser entregue aos que já são adultos.

c) Exame periódico de saúde. — Já havendo, em vários trabalhos anteriores (2 a 10) advogado instantemente a necessidade da generalização do exame periódico de saúde, entendemos ser êste o trecho de maior valor do documento. Dêle deverá constar apenas a conclusão do exame, com registro das eventuais anormalidades encontradas e registro da "capacidade laborativa" — caso venha a concretizar-se proposta que fizemos no sentido de se criar esta classificação (8).

d) Imunizações. — O registro seguinte, parece-nos, deve ser o das imunizações anti-infecciosas; para os indivíduos que receberem o documento de saúde já na idade adulta, tal registro será sem dúvida precário; mas, quando fôr a entrega feita mesmo na ocasião do nascimento, passará a ser completa a documentação neste particular.

Não é preciso encarecer as vantagens desta parte do documento, tanto para os casos de socorros de emergência quanto para os de consultas comuns. Exemplifiquemos o caso dum indivíduo socorrido por ter sido vítima de traumatismo: registrado em seu documento de saúde que êle foi vacinado contra o tétano dentro de prazo útil, evitar-se-á a necessidade da aplicação profilática do soro, que poderá criar alergia — se aplicado pela primeira vez — ou provocar

um choque anafilático — se já tiver sido feita aplicação anterior. Em ocasiões de epidemia, também, podendo a imunização limitar-se aos dela desprovidos, facilitar-se-á muito a tarefa dos sanitaristas.

e) **Traumatismos.** — O registro dos traumatismos progressos, de que conste não só a lesão ocorrida, mas também o resultado final da cura, não será apenas de interesse para a Medicina Curativa, mas ainda, e grandemente, para a Medicina Legal, evitando faça o paciente passar como recentes lesões que na realidade preexistiam.

f) **Operações.** — Do maior interesse para o paciente é o registro das intervenções cirúrgicas a que se houver submetido, com todos os pormenores do que foi feito e indicação da anestesia usada. Isso não só poderá esclarecer perturbações patológicas que apresente, mas também evitará — e quantas vezes! — a prática desnecessária de outras operações.

g) **Registros somáticos.** — Os dados seguintes deverão constar igualmente do documento de saúde, a fim de serem comparados com os verificados nos exames seguintes:

1) *altura* — quase sempre interessante apenas nos indivíduos com o desenvolvimento somático incompleto, mormente nos que iniciarem o seu registro de saúde na idade infantil;

2) *pêso* — não é preciso encarecer a importância da verificação das oscilações do pêso do examinado, para mais ou para menos;

3) *pressão arterial* — não é necessário enaltecer a vantagem de se comparar a pressão encontrada no exame com a que preexistia; lembraremos apenas, mais uma vez, a vantagem de se registrar o lado em que foi feita a medida, pela frequência (que em nossos serviços se mostrou inesperadamente grande) de anisotfígmia, alertando sobre a existência de estados mórbidos insuspeitados;

4) *acuidade visual* para longe e para perto, cuja pesquisa sistemática nos demonstrou a raridade das emetropias integrais;

5) *acuidade auditiva*, de interesse mais restrito, mas que em certos casos se pode tornar altamente significativa;

6) *inferioridades físicas* crônicas, quais a existência de defeitos físicos (congénitos ou não), hérnias, etc.

h) **Exames subsidiários.** — devendo conter :

1) registro do *tipo sangüíneo*, para a eventualidade de transfusões de emergência;

2) *abreugrafia torácica*, cuja realização periódica se vai cada vez generalizando mais, não só em caráter obrigatório para certas profissões, mas procurada mesmo espontaneamente pela população em geral;

3) *exames radiológicos comuns*, cujo registro não é necessário ter suas vantagens enaltecidas, pois já precedentemente o fizemos;

4) *exames de laboratório*, dos quais deveriam tornar-se de rotina a medida da glicemia, bem como — em nosso meio — as provas de Machado-Guerreiro, de Fairley, de Mantoux, de Mitsuda ou outras; lembremos que a sorologia da sífilis, sem ter perdido por completo sua importância, é hoje menos indispensável que outrora;

5) *exames especializados* não de rotina, quais o eletrocardiograma, o eletroencefalograma, etc.

i) **Registro patológico geral**, que seria uma espécie de “*currículo*” mórbido do paciente, sem prejuízo das anotações especializadas, cada uma com sua ubicação privativa.

j) **Registro terapêutico**, especialmente importante para certos tratamentos em que a superdosagem pode ser perigosa (roentgenterapia, curieterapia — por exemplo), ou susceptíveis de criar alergia ou resistência; este registro alertará também o médico clínico contra a prescrição de medicações já ensaiadas sem resultado.

II — Modo de escriturar

Conforme já referimos, deve o documento individual de saúde ser escriturado de modo a não só resguardar o segredo profissional, mas também a fazer com que o médico que atende perca o menor tempo possível. Para isso, indica-se a adoção dum código, — ou aprovando um dos já existentes, ou estudando-se um novo —, cujo uso de início será trabalhoso, mas dentro em pouco se tornará fácil, à medida que os profissionais com êle se familiarizarem.

Já se tem dito — e é verdade — que o código se tornará dentro em pouco conhecido mesmo dos leigos, e isso tornará precária a guarda do sigilo profissional; não nos cabe discutir este ponto, mas nem por isso deixaremos de lembrar que o número de casos em que tal segredo se torna um mito é cada vez pior, bastando lembrar que todos os serviços médicos coletivos têm fichário, cujo manéjo não se restringe aos médicos, mas também se faz por escriturários, dactilógrafos, técnicos de estatística, etc.

Da maior importância nos parece em todos os casos a identificação do médico que fez o exame ou prescreveu a terapêutica, o que não se fará apenas pela assinatura (quase sempre ilegível), mas principalmente pela indicação do seu número de registro no Conselho Regional de Medicina. Isso não só combaterá o charlatanismo, como já indicamos, mas também será uma garantia para o profissional contra os clientes inescrupulosos e os financeiramente incorretos.

III — Reconstituição dos documentos extraviados

E' esta sem dúvida a parte mais difícil de se conseguir; muitos documentos individuais de saúde inevitavelmente se extraviarão, seja pela negligência de seus portadores, seja pelo seu interesse em fazer desaparecer registros indesejáveis por qualquer motivo.

Quando propuzemos a adoção do "Prontuário de Saúde" para os industriários (1), era tal documento apenas o complemento da coordenação dos serviços assistenciais a aquela classe de trabalhadores; centralizava-se ele num "Hospital Industriário" que era ao mesmo tempo o Ambulatório Central, nêle existindo as fichas de todos os membros da classe, fichas essas constantemente conservadas em dia, graças às comunicações dos demais serviços entrosados na mesma organização.

Adotado tal documento em caráter geral, não vemos outro meio de garantir sua existência permanente a não ser centralizando também tudo num fichário, primeiro municipal, mais tarde estadual e finalmente federal — desde que garantido o entrosamento nos casos de mudança. E não encontramos entidade mais credenciada para assumir a responsabilidade desse serviço do que os "Concelhos Regionaes de Medicina", cujas funções se ampliariam, com fornecimento de elementos para as desempenhar. Seria — reconhecemo-lo — um trabalho insano, mas compensador; e seria mais um elemento de fiscalização das atividades dos médicos filiados os quais teriam de enviar periódicamente as informações necessárias para que lóssem mantidas em dia tôdas as fichas centrais.

Assim, extraviado que fósse um documento, seria fácil a expedição de segunda via, naturalmente devendo o interessado negligente ou doloso indenizar as despesas acarretadas pelo seu procedimento.

TRABALHOS DO AUTOR REFERIDOS NO TEXTO

- 1) *Plano de coordenação da assistência Médica aos Industriários num grande centro fabril* — "Anais do 2.º Congresso Americano de Medicina do Trabalho". (Rio, setembro de 1952), pág. 413.
- 2) *Prevenção dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais* — "Prevenção de Acidentes" (órgão da Associação Brasileira Para Prevenção de Acidentes), 9(6):3-4 (dezembro de 1951).
- 3) *Riscos profissionais ligados à fabricação de viscoso* — "Prevenção de Acidentes", 9:8-11, 10:8-10. (novembro 1951 a junho 1952); *Revista Paulista de Medicina*, 43:249 (setembro de 1953).
- 4) *Exame médico periódico* — "Boletim da 8.ª Convenção das CIPA", 55-70 (12 de agosto de 1953).
- 5) *Serviços médicos de empresa* — aula do Curso de Medicina Social da Escola Paulista de Medicina, 18-9-53 (o volume está no prelo).
- 6) *Meios de evitar as doenças profissionais* — Curso Geral de Prevenção de Acidentes (editado pela Assoc. Bras. Prev. Acid.), págs. 304-320.
- 7) *Reemprego dos trabalhadores reabilitados, emprego dos trabalhadores sub-normais* — "Anais do 1.º Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Criminologia", 2:219-233 (dezembro de 1953).
- 8) *Anteprojeto de lei modificando dispositivos da consolidação das leis do trabalho e da lei de acidentes do trabalho* — "Revista de Legislação do Trabalho", 19:49-54 (fevereiro-março de 1955).
- 9) *Anteprojeto de lei modificando dispositivos da consolidação das leis do trabalho e da lei de acidentes do trabalho* — "Boletim da 13.ª Convenção das CIPA" (9-3-56), págs. 34-41; *Revista de Legislação do Trabalho*, 20:373-376 (outubro-novembro 1956).
- 10) *Introdução ao estudo da medicina do trabalho* — aula inaugural proferida na Faculdade de Medicina de Sorocaba em 27-9-56.

TRIUNFANDO através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue, CODEINA e
CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram
tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA - CLOR. DE ETILMORFINA)



Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

Modo de usar:

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

Conceito de mortalidade em cirurgia (*)

Dr. JORGE FERREIRA MACHADO

(F. I. C. S. — Petrópolis)

Para o presente estudo, é feita uma revisão de casos do serviço de cirurgia geral, sob a chefia do autor, compreendendo doentes de serviço de indigência (clínica cirúrgica de homens do Hospital Santa Teresa, de Petrópolis), de clínica particular e de associados ou beneficiários do I. A. P. T. C., operados em Petrópolis, a partir de 1951.

Foram desprezados os casos ocorridos de 1941 (novembro), data em que o autor assumiu o citado serviço hospitalar, até 1951, em virtude de não ter sido possível relacionar dados suficientes para este trabalho.

Isto pôsto, foram revistas 1.497 fichas de cirurgia geral, das quais obtivemos 39 registradas como casos de óbitos (2,6%), que vão analisados no quadro anexo.

Resumindo os elementos assinalados no citado quadro, podemos registrar os seguintes dados:

Caso I — M. J., 3 anos, branco, masc. indigente — Tumor de Wilms — Falecimento por caquexia, após reprodução do tumor, dois anos após a operação (lombotomia para nefrectomia esquerda). Diagnóstico comprovado pelo exame anatomopatológico.

Caso II — M. H. O., 47 anos, branco, masc. clínica particular — Tumor do abdome superior, não identificado clinicamente. — Laparotomia exploradora, biópsia de fígado, identificada pelo exame anatomopatológico como carcinoma metastático. Faleceu em domicílio, um mês após a intervenção, em caquexia.

Caso III — S. F. S., 49 anos, preto, masculino, indigente — Câncer gástrico, da região cardio-tuberositária. Laparotomia exploradora-gastrostomia. Biópsia revelou adenocarcinoma. Faleceu um mês após a intervenção, em caquexia, ainda hospitalizado.

Caso IV — A. M. A., 34 anos, masculino, preto, indigente. Fratura do terço distal da tíbia e perônio direitos, exposta. Osteossíntese. Faleceu oito dias após a intervenção, por tétano.

Caso V — E. L. Sch., 60 anos, masculino, branco, clínica particular — Úlcera gástrica perfurada em peritônio livre. Sutura em dois planos, com epiploplastia. Faleceu em crise de hematemese melenas, nove dias após a intervenção. Pós-operatório acidentado com acentuadas perturbações metabólicas.

(*) Trabalho lido na Sociedade Médica São Lucas em 23-4-1957.

- Caso VI* — M. B. de C., masculino, 82 anos, pardo, indigente. Gangrena do membro inferior esquerdo. Amputação no terço médio da perna esquerda. Faleceu em caquexia infecciosa, 12 dias após a intervenção.
- Caso VII* — J. E. S., masculino, 65 anos, branco, indigente. Hérnia inguinal. Faleceu 20 dias após a intervenção (herniorrafia), por colapso cardíaco.
- Caso VIII* — A. M., 19 anos, masculino, preto, indigente. Sarcoma no Joelho esquerdo. Desarticulação côxo-femural (técnica de Huggins). No oitavo dia do pós-operatório, o doente teve flebite no membro oposto e faleceu três meses depois, com metastase pulmonar, evidenciada radiologicamente.
- Caso IX* — J. A., 59 anos, masculino, branco, indigente. Neoplasia ulcerada do estômago. Gastrectomia subtotal alargada. Ex. anatomopatológico, adenocarcinoma grau III. Faleceu, nove dias após a intervenção, por pneumonia.
- Caso X* — G. C. M., 59 anos, branco, masculino, indigente. Síndrome oclusiva intestinal. Peritonite purulenta com abscesso de Douglas (diagnóstico cirúrgico). Laparotomia, drenagem do abscesso. Faleceu 38 dias após a intervenção.
- Caso XI* — F. W., feminina, 63 anos, branca, clínica particular. Oclusão intestinal por íleo biliar (4 dias de evolução). Colecistostomia; duodenotomia para a retirada de grande cálculo; drenagem de grande coleção bile-purulenta na região subfêrnica direita. Faleceu 24 horas após a intervenção, em quadro de choque.
- Caso XII* — A. A. C., 12 anos, masculino, branco, indigente. Fratura cominutiva do frontal, com afundamento e lesão meningo-encefálica. Esquirolectomia e descompressão. Faleceu 24 horas após a intervenção em coma.
- Caso XIII* — E. M., 57 anos, feminina, branca, clínica particular. Icterícia obstrutiva. Faleceu 22 dias após a intervenção, em síndrome hemorrágica (Diocrasia?). Biópsia revelou "este biliar (ict. Obstrutiva)". A exploração do colédoco não revelou cálculo residual, fazendo pensar em retração cicatricial pós-colecistectomia.
- Caso XIV* — G. F. S., 28 anos, pardo, masculino, clínica particular. Ruptura de fígado. Hepatorrafia. Faleceu 27 dias após a intervenção, em coma urêmico.
- Caso XV* — W. M., masculino, 59 anos, pardo, indigente. Pseudo aneurisma traumático da tibial posterior. Faleceu 26 dias após a intervenção, em anemia aguda, por hemorragia.
- Caso XVI* — W. C., masculino, 32 anos, preto, indigente. Ferimentos transfixiantes nos intestinos delgado e grosso. Teve alta hospitalar 1 mês e 19 dias após a intervenção, tendo tido essa alta após a abertura de abscesso na região lombo-iliaca, em mau estado geral; foi retirado sob a responsabilidade da família, falecendo no domicílio.
- Caso XVII* — N. S., 47 anos, masculino, preto, indigente. Câncer gástrico. Gastroenteroanastomose paliativa. Faleceu em caquexia.
- Caso XVIII* — F. S. F., 42 anos, branco, masculino, indigente. Câncer gástrico. Laparotomia exploradora, inoperável. Faleceu em caquexia, no décimo terceiro dia após a operação.
- Caso XIX* — A. C., masculino, 60 anos, preto, indigente. Gangrena por trombo-angeite obliterante. Faleceu por processo toxi-infeccioso, quarenta e oito dias depois da intervenção (amputação de coxa).
- Caso XX* — J. G., masculino, 58 anos, branco, indigente. Gangrena do pé (trombo-angeite obliterante). Amputação da perna direita, no terço proximal. Faleceu cinco meses após a intervenção por caquexia infecciosa.

- Caso XXI* — A. F., masculino, 62 anos, branco, clínica particular. Hérnia inguinal, herniorrafia a Baccini. Faleceu um mês após alta hospitalar, por icterícia, em virtude de cirrose hepática.
- Caso XXII* — L. A., 64 anos, masculino, pardo, indigente. Gangrena da perna esquerda por doença de Bürger, já tendo sido feita simpatectomia lombar direita e amputação da perna direita. Faleceu 139 dias após a operação por insuficiência cardíaca, tendo tido no decurso do pós-operatório síndrome de insuficiência coronariana.
- Caso XXIII* — A. C., 47 anos, masculino, branco, indigente. Colecistite crônica e pancreatite crônica. Faleceu onze dias após a intervenção, por infarto do miocárdio, constatado pelo electrocardiograma.
- Caso XXIV* — J. C., 57 anos, masculino, branco, particular. Colecistite crônica com pericolecistite, litíase. Faleceu 24 dias após a intervenção, por embolia pulmonar (?).
- Caso XXV* — A. F. V., feminina, 58 anos, branca, particular. Neoplasia gástrica. Gastrectomia subtotal. Exame anatomopatológico: adeno-carcinoma, grau III. Faleceu doze horas após a intervenção, em choque.
- Caso XXVI* — F. G. D., masculino, 56 anos, preto, indigente. Câncer do estômago. Gastrectomia total. Ex. anatomopatológico: adenocarcinoma grau III. Faleceu quatro horas após a intervenção, em choque irreversível.
- Caso XXVII* — J. C. S., 57 anos, branco, masculino, particular. Síndrome hemorrágica abdominal, no terceiro dia após colecistectomia por colecistite aguda. Faleceu após a intervenção, em choque.
- Caso XXVIII* — J. B., masculino, branco, 40 anos, indigente. Neoplasia gástrica. Gastrotenteroanastomose paliativa. Faleceu nove dias após a operação em caquexia.
- Caso XXIX* — A. M. S., 54 anos, branco, masculino, indigente. Doença de Bürger. Simpatectomia lombar esquerda. Faleceu oito dias após a intervenção, por hemoptise fulminante.
- Caso XXX* — J. C., 40 anos, feminina, particular. Síndrome oclusiva extrínseca. Laparotomia exploradora, miomectomia. Faleceu três dias após a intervenção, por processo trombo embólico na bifurcação da aorta.
- Caso XXXI* — E. F. N., 52 anos, masculino, branco, IAPETC. Úlcera duodenal. Gastroduodenectomia parcial. Faleceu 29 dias após a intervenção, por fistula duodenal.
- Caso XXXII* — J. L. P., 42 anos, branco, masculino, IAPETC. Úlcera gástrica perforada. Operado em peritonite. Sutura em dois planos, com epiploplastia. Faleceu dois dias após a intervenção, em choque periférico.
- Caso XXXIII* — D. N., branco, 48 anos, masculino, IAPETC. Úlcera duodenal. Gastroenteroanastomose. Faleceu 14 dias após a intervenção, em coma diabético.
- Caso XXXIV* — H. A. F., 52 anos, masculino, pardo, IAPETC. Câncer gástrico. Gastrectomia alargada. Faleceu sete dias após a intervenção em caquexia.
- Caso XXXV* — P. A. M., branco, 45 anos, masculino, IAPETC. Tumoração abdominal metastática. Síndrome oclusiva. Ileosigmoidostomia. Faleceu quatro dias após a intervenção por perturbação metabólica (alcalose).
- Caso XXXVI* — N. O., branca, 2 anos, feminina, IAPETC. Oclusão intestinal por bólo de ascaris. Ressecção de alça e remoção do conteúdo. Faleceu duas horas após, em choque.
- Caso XXXVII* — L. R., 18 anos, branca, feminina, particular. Bócio. Tiroidectomia subtotal. Faleceu seis horas após, por síndrome respiratória (atelectasia por espasmo brônquico?).

Caso XXXVIII — B. A. F., 50 anos, preto, masculino, indigente. Úlcera duodenal. Gastroduodenectomia parcial, com difícil fechamento do duodeno, em virtude de intensa periduodenite. Faleceu doze dias após a intervenção por fistula duodenal.

Caso XXXIX — A. F. C., masculino, branco, 69 anos, indigente. Neoplasia gástrica. Gastrectomia subtotal alargada. Ex. anatomopatológico adenocarcinoma grau II. Faleceu no oitavo dia depois da intervenção por fistula duodenal.

COMENTÁRIOS

Apreciando cada caso em particular, dentre os 39 apresentados, chegamos à conclusão que os óbitos verificados podem ser relacionados ao quadro operatório nos casos n.ºs XXVI, XXVII, XXXII, XXXVI, XI, XXV. Esses casos alijuram-se nos indiscutíveis.

Existem casos em que os acidentes surgidos no pós-operatório poderiam ser relacionados à intervenção, como complicações dela decorrentes. A nosso ver, nessa hipótese os casos V, VI, XV, XVI, XIX, XX, XXXI, XXXVIII e XXXIX.

Nos casos números I, II, III, XVII, XVIII, VIII, XXXVIII, XXXIV a mortalidade foi decorrente da própria evolução da doença.

Os casos IV, VII, IX, X, XIII, XIV, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXIX, XXXIII, XXXV tiveram o óbito ligado à morbidade ou doenças intercorrentes ou associadas.

No caso XII é preciso considerar que a morte, longe de estar ligada à intervenção, poderia ter sido a consequência de lesões profundas crânio-encefálicas, que somente a autópsia viria esclarecer.

Quanto ao caso XXX, teria sido o processo trombo-embólico, que vitimou a paciente, de formação anterior ao ato cirúrgico em si, uma vez que a paciente, em sua história, já tivera um infarto do miocárdio quatro anos antes e pequenos surtos embólicos no membro superior esquerdo?

De referência ao caso XXXVII, é preciso considerar ter sido a doente submetida a ação de drogas neuroplégicas e hipotensoras, que poderiam ser responsabilizadas pelo acidente apontado, uma vez que a técnica cirúrgica decorreu sem qualquer incidente ou acidente.

Do exposto, dos 39 óbitos verificados, apenas 16 merecem constituir o grupo rotulado de mortalidade operatória propriamente dita, reduzindo a porcentagem de 2,6% a 1,07%.

Ao terminar, deixamos as seguintes apreciações formuladas:

- 1.a) Conceituamos como mortalidade operatória aquela verificada em decorrência diretamente subordinada ao ato cirúrgico.
- 2.a) Julgamos poder incluir no mesmo conceito os casos em que os acidentes surgidos no pós-operatório possam ser relacionados à intervenção como complicações dela decorrentes.

- 3.^a) Não nos parece razoável incluir no conceito de mortalidade operatória os casos vitimados em consequência de processos de anestesia, seja no decurso do próprio ato cirúrgico ou após o mesmo.
- 4.^a) Em certos casos a morte pode sobrevir num período de tempo que poderia sugerir tratar-se de mortalidade operatória, entretanto em tais eventualidades muitas vezes ela se observa como consequência da evolução da própria doença, que não foi detida pelo ato cirúrgico, ou este teve apenas finalidade paliativa, sem interferência direta na evolução do processo mórbido.
- 5.^a) Na apreciação da mortalidade operatória propriamente dita, é preciso considerar a hipótese da superveniência de causas de morte que se mostrem mais diretamente ligadas à fenômenos de morbilidade, doenças associadas ou intercorrentes, que nada têm a ver com o ato cirúrgico ou suas consequências.
- 6.^a) Lamentável que, no nosso meio, as dificuldades, de vária ordem, para a obtenção de necropsias, não permitam-nas generalizadas, a ponto de, por meio delas, ficarem devidamente esclarecidos todos os casos de mortalidade em um serviço de cirurgia.

Emulsão coloidal pre-digerida, a base de
LIPÍDIOS VEGETAIS,
para uso oral, de elevado teor energético.

Emulipol SCHENLEY

(**EDIOL** nos EE. UU.)

EMULSAO LIPÍDICA

Emulipol — Emulsão lipídica micronisada estável com 50% de óleo vegetal (Cocos nucifera, L) purificado e finamente disperso, fornecendo 5 calorias por cc.

Elevado teor energético — Apenas duas colheres de sopa de EMULIPOL, quatro vezes por dia, fornecem 600 calorias extras.

Boa tolerância e paladar agradável

Indicações — Indicado na síndrome da insuficiência ponderal como suplemento metabólico, nas convalescenças, doenças infecciosas e pre e pós-operatório, queimaduras graves, alimentação por sonda etc.

Posologia — **ADULTOS:** Não tendo contra-indicações, a posologia fica a critério do médico que deverá tatear a sensibilidade gástrica de cada cliente, aumentando a dose até 8 colheres de sopa por dia.
CRIANÇAS: De 2 a 8 colheres de sobremesa por dia. Cada cm³ fornece 5 calorias.

IMPORTANTE

O EMULIPOL não deve ser administrado com o estômago vazio, mas, de preferência às refeições, adaptando as doses até o nível da tolerância individual. — **Apresentação** — Vidros de 480 cm³ —

★

Fabricado no Brasil pelo

LABORATÓRIOS MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S. A.

Rua Marquês de São Vicente, 104 — Gávea — Rio de Janeiro

Rua Marquês de Itú, 96 — Tel. 36-4334 — São Paulo

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

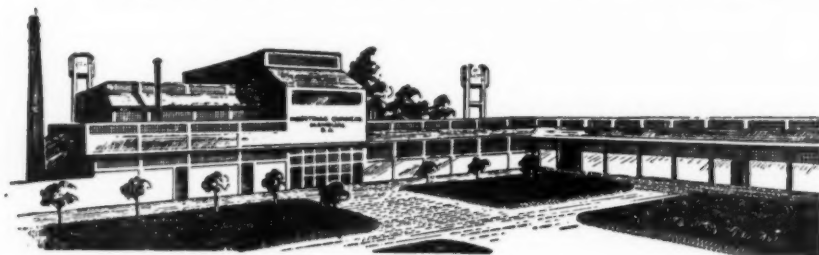
Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal sêco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ..... : Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Telegráfico : "PICOT"

LABORATÓRIOS : Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL..... : São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Telegráfico : "BAXTER"

Roehampton y su centro de readaptacion para ie bros en Iglaterra

Dr. ALBERTO CARRION VERGARA

(*Ex-estagiário do Sanatório São Lucas*)

En el comedor del Hospital Nacional Ortopedico de Londres, soy informado que Sarkin de Africa del Sur, Phruksiri de Tayland y Piatigorsky de Argentina, con carta de presentacion del Instituto van de visita al Centro de readaptacion para miembros en Roehampton, lo considero importante y me agrego al grupo, con gran protesta del primero que dice no estar incluido mi nombre, sin caso ninguno lo unico que digo es sino soy recibido me regreso. La ruta esta hecha primero hasta la estacion de Hammesmith del tren subterraneo, luego omnibus numero 72 y en hora y media estamos en Queen Mary Hospital en London S.W. 15 al que todos conocen con el nombre de Roehampton, hospital general en uno de cuyos extremos esta lo que buscamos con una mediana placa que tiene esta leyenda: "LIMB FITTING CENTRE". Lo que primero me llama la atención es que en los terrenos circunvecinos un morro grande formado de artificiales pies, brazos, manos, y no se que sectores mas, es preso del fuego removido con un rastrillo grande por un fogonero vestido de overol.

Pasamos luego aun salon donde sentados en comodis sofas y sillones esperan ser llamados algo mas de 50 amputados del miembro inferior, es dia de atencion solo a los de este sector, es otro el dia para los amputados del miembro superior. Luego de poca espera, somos guiados al tercer piso, a la oficina de Mr. T. Ritchie, amable de 55 años, canoso, de buena talla y poca gordura. Le entregan la carta, yo de inmediato digo no estar incluido mi nombre, doy mi tarjeta y expreso mis deseos de conocer el Centro, se siente gratísimo de mi visita y con mas atenciones desoja un libro de visitantes para poner mi firma. Nos invita a sentarnos y empieza a darnos a los cuatro en facil ingles una conferencia sobre amputados. El Centro pertenece al Ministerio de Salud, antes estaba bajo el control del Ministerio de pensiones, que en Inglaterra hay 45 mil amputados, 60 por ciento de ellos por enfermedades del sistema vascular periferico, y su finalidad es suministrar miembro artificiales a todos los amputados civiles si que les cueste un solo centavo.

En seguida nos lleva a la escuela de educacion de amputados del miembro superior, que sorpresas las que vemos. Antebrazos cinetoplasticos con dos ganchos que se abren a voluntad cuando flexiona el munon al cual esta adaptado y sostenido por correages que pasan sobre los musculos pectorales y del hombro, lo cual les permite cepillar, afeitarse, depilarse, agarrar un vaso con firmeza, un plato sin derramar su contenido, realizar quehaceres domesticos comunes de cocina, muchos de ellos tienen doble amputacion, el que dirige la reeducacion de estos pacientes es un amputado de hace seis anos que a maravillas maneja sua miembro artificial. Nos muestran todas las piezas que son atornilladas al final de antebrazo, mano con pulgar que se mueve para caminar por la calle, lampas, picos, rastrillos, barretas con artefactos giratorios que son adaptados tambien con sistema de tornillos y que permite trabajar con eficiencia a los que son estancieros. En otros la amputacion ha sido desde el brazo y en numerosos de las dos manos, la finalidad de este departamento es dar adecuado entrenamiento a los que van a recibir un brazo artificial, si tal etapa se cumple con seguridad dicen los pacientes que el aparato no sirve.

En la escuela de amputados del miembro inferior son igualmente numerosos los que estan aprendiendo a caminar despues de tres semanas de amputado con 65 y 80 anos de la mayoria. En el centro de una maca que tiene tres rayas blancas va el miembro sano, en la otra el artificial y en ladesocupada el baston, con instructoras las mujeres y con instructores los hombres. El peso de estos miembros artificiales no paso de un kilo, es de duro aluminio, varillas de madera, o de duraste material plastico, para amputacion de toda altura con un articulacion k para desarticulaciones de la cadera con doble articulacion automatica.

Pasamos despues al salon de conferencias donde Mr. D.W. Jolly esta dando clase sobre el manejo y uso de diferentes artefactos para miembros artificiales, en un amplio salon que en estantes y procenios tiene infinita variedad de miembros de diferente tamano clase y sector para ninios y viejos, imposible verlos todos. Hemos finalizado nuestra visita, con la satisfaccion mas grande de haber estado en un centro donde la recuperacion de los mutilados es una verdad, porque los jovenes sin brazos ni piernas siguen produciendo y los viejos se indepedizan de la tutela familiar. Que finalidad tan humana como generoso servicio el que presta este centro a tan crecido sector de Inglaterra.



Climax

Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

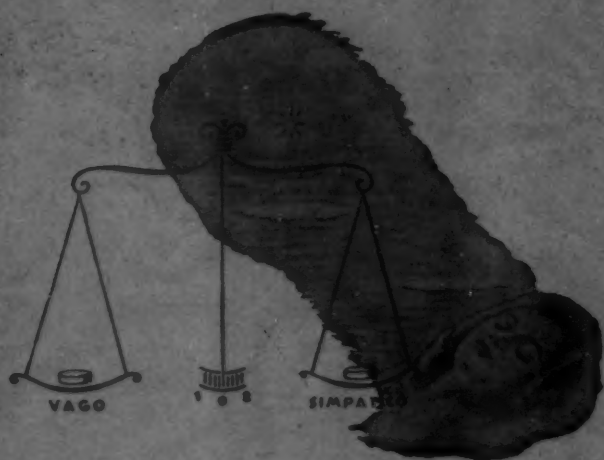
Normal e Fraca - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A. imprimiu.